

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**İN-VİTRO FERTİLİZASYON TEDAVİSİ GÖREN KADINLARDA  
STRESE YOL AÇAN ETMENLER**

**Zeynep SÖKMEN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ**

**MERSİN-2014**

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**İN-VİTRO FERTİLİZASYON TEDAVİSİ GÖREN KADINLARDA  
STRESE YOL AÇAN ETMENLER**

Zeynep SÖKMEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ

Tez No: 266

MERSİN-2014

**Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan “İn-Vitro Fertilizasyon Tedavisi Gören Kadınlarda Strese Yol Açan Etmenler” başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 10/09/2014

  
Doç.Dr. Mualla YILMAZ  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Başkanı

  
Prof. Dr. Faik Gürkan YAZICI  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Üyesi

  
Yrd.Doç.Dr. Serpil TÜRKLEŞ  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 17/DS/2014.. tarih ve 2014/25/ sayılı kararı ile onaylanmıştır.

  
Enstitü Müdürü  
Prof. Dr. S. Nesat YILMAZ

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimime ve çalışmamın gerçekleştirilmesine bilimsel katkı ve desteklerini esirgemeyen, insana ve hemşirelik mesleğine bakış açısıyla kendime örnek aldığım değerli tez danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ'e,

Uzmanlık eğitim süresini birlikte paylaştığım İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi tüp bebek ünitesi çalışanlarına, Milli Savunma Bakanlığı Sağlık Komutanlığına ve tezimin örneklemini oluşturan İn-vitro Fertilizasyon tedavisi gören kadınların hepsine,

Eğitimim için hiçbir fedakârlığı esirgemeyen, desteklerini her zaman hissettiğim ve minnet borçlu olduğum canım aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Hem. Zeynep SÖKMEN

Ağustos-2014

# İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY</b> .....	<b>i</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>.ii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÇİZELGELER DİZİNİ</b> .....	<b>v</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>vi</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ix</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	3
1.3. Araştırmanın Sorusu .....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. İnfertilite .....	4
2.2. Yardımcı Üreme Teknikleri ve IVF Tedavisi .....	6
2.3. Stres .....	6
2.4. IVF Tedavisinde Stres Etmenleri .....	7
2.5. IVF Tedavisinin Sosyo-Kültürel Yönü .....	9
2.6. İnfertilite ve IVF Tedavisinde Hemşirelik Bakımı .....	13
2.7. İnfertilite Danışmanlığında Kullanılan Terapötik Danışmanlık Türleri .....	17
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>19</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	21
3.4. Verilerin Toplanması .....	22
3.4.1 Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması .....	22
3.4.2 Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulanması .....	23
3.4.3 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....	23

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	24
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği .....	24
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>24</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>34</b>
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....</b>	<b>41</b>
6.1. Sonuçlar.....	39
6.2. Öneriler.....	40
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>44</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>48</b>
Ek 1. İn-Vitro Fertilizasyon Tedavisi Gören Kadınlarda Strese Yol Açan Etmenler'e İlişkin Anket Formu.....	49
Ek 2. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu.....	56
Ek 3. İstanbul Üniversitesi <b>İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu.....</b>	<b>57</b>
Ek 4. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurulu.....	58
Ek 5. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu .....	59
Ek 6. GATA Etik Kurulu.....	61
Ek 7. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi .....	62
Ek 8. Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi.....	63
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>65</b>

## ÇİZELGELER DİZİNİ

<b>Çizelge 2.1.</b> Dünyada Üreme Sağlığı Sorunları.....	4
<b>Çizelge 2.2.</b> İnfertilite Danışmanlığında Hemşirenin Yeri.....	16
<b>Çizelge 4.1.</b> Kadınların Tanıtıcı Özellikleri .....	25
<b>Çizelge 4.2.</b> Kadınların Evlilik Süresi, Çocuk Sahibi Olma ve Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerine Göre Dağılımı .....	26
<b>Çizelge 4.3.</b> Kadınların IVF Tedavisi ve Gebelik Durumlarına İlişkin Özellikler.....	27
<b>Çizelge 4.4.</b> IVF Tedavisi Gören Kadınların Yaşadıkları Sıkıntı ve Sorunlar .....	28

## KISALTMALAR DİZİNİ

**IVF:** İn-Vitro Fertilizasyon

**TET :** Tubal Embriyo Transferi

**GIFT :** Gamet İntrafallopian Transfer

**YÜT:** Yardımcı Üreme Teknikleri

**ZIFT:** Zigot İntrafallopian Transfer



## ÖZET

### **İn-Vitro Fertilizasyon Tedavisi Gören Kadınlarda Strese Yol Açan Etmenler**

Bu araştırma IVF tedavisi gören kadınlarda strese yol açan etmenlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde yer alan devlet kurumlarına bağlı altı hastanenin yardımcı üreme teknikleri ünitesinde IVF tedavisi gören 453 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini; bu hastanelerin üçünde tedavi görmekte olan 151 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Mayıs 2012-Mart 2013 tarihleri arasında araştırmacı tarafından geliştirilen Anket Formu ve Sıkıntı/Sorun Belirleme Formu ile toplanmıştır. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Araştırmaya göre, kadınların %43,7'sinin 30-35 yaş grubunda, %55'inin ilköğretim mezunu olduğu ve %58,3'ünün bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Kadınların, %64,9'unun çevresindeki insanların çocuk sahibi olmakla ilgili konularda konuşmaya başladığında, %76,2'sinin çocuk sahibi olmakla ve %54,3'ünün tedaviyle ilgili soru sormalarından rahatsız olduğu belirlenmiştir. Kadınların, %68,9'unun infertilite tedavisi gördüğünü insanlardan sakladığı, %74,2'sinin tedavi süresince eşi ve birinci dereceden akrabaları %72,8'inin arkadaşları tarafından desteklendiği saptanmıştır. Kadınların, %84,1'inin tedavinin başarısız olacağından korktuğu, %18,5'inde tedavi ile ilgili olumsuz bir gelişme olduğu, %73,5'inin merkeze geldiği günlerde kendini gergin ve huzursuz hissettiği, %62,9'unun tedavi ile ilgili resmi işlemlerle uğraşmanın canını sıktığı, %77,5'inin merkezle ev arasında gidiş-gelişlerden yorulduğu, %15,2'sinin merkeze ait fiziki şartlardan memnun olmadığı, %65,6'sının tedavi giderlerini karşılama konusunda sıkıntı yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların, %22,5'inin tedavi süreciyle ilgili yeterince bilgilendirilmediği, %4'ünün doktorlardan, %7,9'unun hemşirelerden, 17,2'sinin memur ve görevlilerden şikayetçi olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların %51,7'sinin tanı ve tedavi amacıyla uygulanan işlemlerden canının acıdığı, %28,5'inin tedavinin eşine değil de kendisine

uygulanıyor olmasından rahatsız olduğu, %9'unun eşleri tarafından suçlandığı, %47,7'sinin tedavi süresince eşiyle cinsel ilişki sayısı ve sıklığında bir azalma olduğu ve %5,3'ünün tedavi süresince eşinin destek olmadığı belirlenmiştir.

Kadınların aylık gelirleri ile infertilite tedavisi gördüğünü insanlardan saklama ve tedavinin başarısız olacağı korkusunu yaşama durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,037$ ,  $p=0,025$ ). Ayrıca kadınların çocuk sahibi olamamasının kimden kaynaklandığı ile insanların çocuk sahibi olmakla ilgili soru sormalarından rahatsız olma ve merkeze geldiği günlerde kendisini gergin ve huzursuz hissetme durumu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0,019$ ,  $p=0,025$ ).

**Anahtar Kelimeler:** İnfertil kadınlar, in-vitro fertilizasyon, hemşirelik, stres etmenleri, yardımcı üreme teknikleri

## **ABSTRACT**

### **Factors Causing Stress in Women Having In-Vitro Fertilization Treatment**

This research was performed as a descriptive study aiming to determine the factors that cause stress in women receiving IVF treatment. The study population was composed of 453 women receiving IVF treatment in assisted reproductive techniques units of six public hospitals located in Istanbul province. 151 women from three of the hospitals constituted the research sample. The data was collected between May 2012 and March 2013 via questionnaire and constraint/problem identification forms developed by the researcher. These were. Descriptive statistical methods (number, percentage, mean, standard deviation) were utilized for the data assessment.

According to the questionnaire, 43.7% of the women were in the age group of 30-35, 55% of them are primary school graduates, and 58.3% are unemployed. It was found that 64.9% of women feel uncomfortable when people around them chat about having children, while 76.2% feel the same when they are asked about having children and 54.3% were bothered when asked about treatment. The study also revealed that 68.9% of the women kept it as secret that they had received infertility treatments, and 74.2% were supported by their spouse or by immediate family and 72.8% of them were supported by their friends. 84.1% of the women were frightened by the possibility of failure in the treatment. 18.5% of them had experienced adverse conditions. 73.5% of the women disclosed that they felt nervous and uncomfortable. 62.9% were annoyed by paper work related with the treatment, 77.5% were tired of going to and back from the hospitals, 15.2% were dissatisfied with the physical conditions of the units, and 65.6% of them had trouble in covering the expenses of the treatment. It was found that 22.5% of the women hadn't been adequately informed about the treatment process, and that 4% of them filed complaints about doctors, 7.9% about nurses, 17.2% about civil servants and officers. Furthermore, it was found that 51.7% of the women felt pain due to the treatment procedures, 28.5% were troubled as the treatment was applied on them instead of their husbands, 9% were accused by their husbands, 47.7% had experienced

reduction in the number and frequency of sexual intercourse with their husbands, and 5.3% were not supported by their husbands during the treatment procedure.

The difference between women's hiding their monthly income and fertilization treatments from others and fearing from failure of the treatment was found to be statistically significant ( $p=0.037$ ,  $p=0.025$ ). Furthermore, the difference between being irritated by the questions of others about who is responsible for not having a child or other questions related with having a child and feeling nervous and uncomfortable when visiting the clinics was found to be significant ( $p=0,019$ ,  $p=0,025$ ).

**Keywords:** Infertile women, in-vitro fertilization, nursery, stress factors, assisted reproductive techniques

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnfertilite tıbbi, psikiyatrik, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan bir sorundur (1). İnfertilite; kontraseptif yöntemlerin kullanılmamasına ve düzenli cinsel ilişkiye karşın bir yıl süre ile gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanabilir. Üreme çağındaki çiftlerin yaklaşık %15'i infertilite problemi yaşamaktadır. Özellikle batı toplumlarında kadınların gebelik planlarını ileri yaşlara ertelemesi infertilite sıklığının artışına yol açmıştır (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2012'de yayınladığı rapora göre;1990'lı yıllarda 42 milyon olan infertileden etkilenen çift sayısının popülasyon büyümesine bağlı olarak 2010 yılında 48,5 milyon olarak arttığı görülmüştür (3). İnfertilite bölgeden bölgeye sıklığı ve nedenleri değişen bir sorundur. Dünya doğurganlık araştırmasına göre 40–49 yaş grubundaki infertil kadınların oranı, en düşük Güney Kore (%1,3), Ürdün (%2,2) ve Suriye (%2,9)'dir. Buna karşılık özellikle Afrika'da, bazı kabile ve topluluklarda çok daha yüksek infertilite sıklığı izlenmektedir. Kongo Demokratik Cumhuriyeti Mbelo'da 45–49 yaşındaki kadınların %65'inin çocuğu yoktur. Amerika'da infertilite insidansının %15 olduğu, her 6 çiftten biri ya da 4,8 milyon kadın infertilite sorunu yaşamaktadır. Türkiye'de infertilite sıklığı açısından çok net bilgiler bulunmamakla birlikte %10-15 dolayında olduğu düşünülmektedir (4).

İnfertilite durumunda gebeliğin gerçekleşebilmesi için yardımcı üreme tekniklerine ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle yardımcı üreme tekniklerinin kullanımı infertil çiftlerin artışına paralel olarak giderek artmaktadır. Günümüzde yardımcı üreme teknikleri içerisinde çoğunlukla IVF tercih edilmektedir (1, 5, 6). IVF oositin sperm hücresi ile invitro şartlarda kültür ortamı içinde fertilizasyonu sonucunda oluşan embriyonun uterusu tekrar transferi esasına dayanır (2). 1978'de IVF yöntemi ile dünyaya gelen ilk bebek olan Louise Brown'ın doğumunun takiben geçtiğimiz 30 yılda nedeni açıklanamayan infertilite, sperm sorunları, endometriozis, ovulatuvar sorunlar, immunolojik sorunlara dek uzanan geniş bir yelpazede infertil çiftlerin son basamak tedavisi olarak yerini almıştır. Yılda yaklaşık olarak doğan her 100–150 bebekten birinin IVF sonucu dünyaya geldiği tahmin edilmektedir. ABD'de 2005 yılında 123.000

IVF tedavisi gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde son yıllarda yaklaşık olarak yıllık 35.000 civarında IVF tedavisi uygulandığı bildirilmektedir (1, 5, 6). IVF tedavisi gören kadınların stres düzeyi, gebeliğin gerçekleşme ihtimalini düşürmektedir (7). Bireyin sağlığını ve verimliliği olumsuz yönde etkileyen stres, karşılaşılan yeni durumlarda bireyin ruhsal ve bedensel sınırlarının zorlanması halidir (8). IVF, infertil çiftler için psikolojik açıdan en fazla gerilim yaratma potansiyeline sahip yardımcı üreme tekniklerinden biridir (2). Su ve ark.'nın (9) IVF tedavisi alan ve tedavi başarısızlığı nedeniyle tedavisi durdurulmuş olan Tayvanlı kadınlar arasında yapmış oldukları çalışmada IVF tedavisine devam eden kadınların anksiyete düzeylerinin tedavisi durdurulanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. IVF tedavisinde infertil birey/çift, gebelik oluşmadığı zaman yoğun duygusal sorunlar yaşamakta ve kederden kurtulması çok zor olabilmektedir. Zaman içinde başarısız tedaviye gösterilen direnç öfkeye dönüşebilmektedir (10).

Yapılan bir araştırmada çiftlerin stres nedeniyle, IVF tedavisinden ayrılma, ovulasyon problemi yaşama, ani düşük tehdidi ile karşılaşma gibi problemler yaşadıkları ifade edilmektedir (4). Diğer bir yandan çiftlere uygulanan tetkikler, tedavi işlemleri, sıklıkla gidilen doktor randevuları fiziksel, duygusal ve maddi olarak yoğun bir stres kaynağıdır (11). İnfertilite nedeni erkekde bile olsa karmaşık girişimsel tedavi yöntemlerine maruz kalan genellikle kadındır. İnfertilite tedavisi gören kadın, bedeni 'işgal ediliyor' veya 'saldırıya uğruyor' gibi hissedip yoğun korku yaşayabilir (1). Ülkemizde kırsal kesimde çocuğu olmayan çiftler toplum tarafından suçlanmakta ancak daha çok suç kadının omuzlarına yüklenmekte kadın eşinin çocuk sahibi olabilmesi için kumayı kabullenmek zorunda kalmaktadır (12). Daha da ötesi özellikle yaşlı kuşaklar infertilitenin tamamıyla kadına bağlı sebeplerden ortaya çıkan bir durum olduğuna inanmaktadır. Bu durum ise kadına daha büyük yük getirmektedir (2). 2012 yılında Dilek ve Beji'nin çalışmasında (13) çiftlerin, her ikisinin de IVF tedavisi boyunca emosyonel olarak bu durumdan etkilendikleri, kadınların erkeklere kıyasla daha fazla emosyonel sorun yaşadıkları belirtilmektedir.

Son 20 yıldır psikososyal sorunların infertilitenin bir sonucu olduğu görüşü ve bu sorunların hem bireyin tüm yaşamına, hem de gebelik oranlarına olan etkisinin ortaya konması psikiyatri çalışanlarının psikoterapötik (bireysel, grup) müdahalelere yönlendirilmesine neden olmuştur. Bu uygulamalar aynı zamanda infertil çiftlerin yaşadıkları infertilite krizi ile baş etmelerini güçlendirmek, yeniden yapılanmalarını

sağlamak, bilgi-danışmanlık gereksinimlerini karşılamak, evlilik ve sosyal ilişkilerini güçlendirmek amaçlarını da içermektedir (14). IVF tedavisinin başarılı olmasında hemşirelik hizmetlerinin önemi büyüktür. United Kingdom Centre and Council (UKCC)'e göre klinisyen hemşirelerin gelişimi bakımda sürekliliği sağlamak açısından önemlidir (15). Hemşire, IVF tedavisi gören çiftlere en iyi biçimde danışmanlık yapabilmeli, yeterli bilgiyi aktarabilmeli, etik kurallarla ilgili sorularını yanıtlatabilmelidir (16).

Literatür incelendiğinde IVF tedavisi gören kadınların yaşadıkları sıkıntı ve sorunları değerlendiren çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu araştırmadan elde edilen bulgular IVF tedavisi gören kadınların karşılaştıkları stres etkenlerini belirleyerek baş etmelerine destek olması açısından önemlidir. Ayrıca infertilite birimlerinde çalışan hemşirelere IVF tedavisi gören çiftlerin sorunlarını anlama ve bakım verme sürecinde oldukça önemli katkılar sağlayacaktır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

IVF tedavisi görmekte olan kadınlar uygulanan tıbbi işlemler ve infertilitenin duygusal, psikolojik, sosyo-ekonomik ve kültürel boyutu nedeniyle stres yaşamaktadırlar. IVF tedavisi alan kadınların stres yaratan faktörlerinin belirlenmesi son derece önemlidir. Stresleri belirlenerek stres ile baş etmelerinde hemşireler destek olmalıdır. Bu çalışma, IVF tedavisi gören kadınlarda strese yol açan etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## **1.3. Araştırmanın Sorusu**

IVF tedavisi gören kadınlarda strese yol açan etmenler nelerdir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İnfertilite

İnfertilite belirgin fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik etkileri olan önemli bir sağlık sorunudur (2). American Society For Reproductive Medicine (ASRM) infertiliteyi “bir yıllık cinsel ilişkiden sonra gebe kalamama” olarak tanımlamıştır (17). Genç çiftlerde bilinen bir neden yoksa bu süre biraz daha uzatılarak iki yıla kadar beklenebilir. 35 yaş üstü evliliklerde korunmasız 6 aylık süre infertilite tetkiklerine başlamak için yeterli kabul edilmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2012 de yayınladığı rapora göre; 1990’lı yıllarda 42 milyon olan infertileden etkilenen çift sayısının popülasyon büyümesine bağlı olarak 2010 yılında 48,5 milyon olarak arttığı görülmüştür (3). Bu bilgiler Şekil 1’de olduğu gibi dünya çapında 50-80 milyon infertil çift bulunduğunu ifade etmektedir (2, 18).

**Çizelge 2.1.** Dünyada Üreme Sağlığı Sorunları

Sorun	Boyutu
Aile planlamasında karşılanamayan gereksinimi olan çift	120 milyon
İnfertil çift	60-80 milyon
Anne ölümleri (yılda)	585 bin
Ciddi maternal hastalık (yılda)	20 milyon
Perinatal bebek ölümü (yılda)	7,2 milyon
HIV/AIDS’li yetişkin	20,1 milyon
Yeni HIV enfeksiyonu vakası (yılda)	2,75 milyon
Sağlıksız koşullarda düşük (yılda)	20 milyon
Tedavi edilebilir cinsel yolla bulaşan hastalık vakası (yılda)	333 milyon
İnvaziv servikal kanserli kadın	2 milyon
Yeni servikal kanser vakası (yılda)	450 bin
Genital mutilasyonlu kadın	85-110 milyon



İnfertilite global bir sağlık sorunu olup, dŸnya lusŸnde çiftlerin %8-10'nunu etkilemektedir. GeliŸmekte olan Ÿlke rakamlarına bakıldığında; Sub-Sharon Afrika bölgesi infertilite kuŸađı olarak tanımlanır. ŸnkŸ toplumun 1/3'ŸnŸn reproduktif yaŸamlarında infertilite sorunu vardır. DŸnya fertilitte alıŸmasında BangladeŸ, Nepal, Pakistan ve Srilanka gibi GŸney Asya Ÿlkelerinde infertilite sıklığı sırası ile %4, %6, %5, %4 olarak bulunmuŸtur. 2005'de primer ve sekonder infertilitenin değerlendirildiği GŸney Asya Ÿlkelerinde yapılan bir alıŸmada 45-49 yaŸ grubunda infertilite sıklığı yaklaşık %10 olup, Hindistan'da %8, Pakistan'da %10, Sri-lanka'da %11, Nepal'de %12 ve BangladeŸ'te %15 olarak bulunmuŸtur. Ancak Hindistan kabilelerinde infertilite %14,2'e ulaŸmaktadır. TŸm GŸney Asya Ÿlkelerinde infertilite sıklığındaki artıŸ dikkat çekmektedir (2).

Gebelik oluŸması için sağlıklı oosit Ÿretimi ve ovulasyon, sağlıklı sperm Ÿretimi, sperm ve oositin Ÿreme sistemi içinde bir araya gelmesi, oluŸan embriyonun uterusu taŸınması ve endometriuma implantasyonu gerekir. İnfertilite sorunu geliŸmiŸ Ÿlkelerde %37 sıklıkta kadına, %28 sıklıkta erkeğe ve %35 sıklıkta her iki cinse aittir. İnfertilite nedenleri kimyasallar ve sigara maruziyeti gibi çevresel faktörler olabildiği gibi dŸŸk veya yŸksek testosteron dŸzeyi, sperm ya da olgun yumurta Ÿretimini engelleyen fallop tŸpleri ya da obezite gibi fiziksel faktörler olabilir (19). Kadın infertilite nedenleri içinde en sık grŸlenler ovulasyon bozuklukları (%25), pelvik yapıŸıklıklar (%12), tubal oklŸzyon (%11), diğer tubal anomaliler (%11), hiperprolaktinemi (%7), endometriozis (%15) olup %20 olguda sebep bulunamamıŸtır (2).

İnfertilite eŸitli deđerŸkenlerin etkisi altındadır. YaŸın ilerlemesiyle fertilitte Ÿansının azaldığı bilinmektedir. Özellikle 30 yaŸ Ÿzerinde belirgin olan bu olay 35-40 arasında artar, 45 yaŸ civarında neredeyse sıfıra ulaŸır. Normal bir çiftin bir ay içinde gebe kalma Ÿansı %20-25, altı ay içinde %75 ve bir yıl içinde %90'dır. Her iki cinste de fertilizasyon olasılığı 24 yaŸında en yŸksektir. 30 yaŸında bir kadının ortalama gebe kalma sŸresi 6 ay civarında iken, 40 yaŸındaki bir kadının gebelik Ÿansı ktŸ kaliteli oositler, dŸzensiz ovulasyon ve daha zayıf fertilizasyon sonucu önemli lŸde azalır. Pelvik enfeksiyonlar sonucu tubal infertilite, endometriozis, myomlar ve ovulasyon problemleri artar. Endometral implantasyon Ÿansı azalır. YaŸlanma sadece kadınları etkilemez ama erkeklerdeki etkilenim daha az lŸdedir. Erkeklerde yaŸın ilerlemesiyle birlikte cinsel iliŸki sıklığı azalmasına rağmen erkekler için maksimum infertilite yaŸı Ÿeklinde bir kavram yoktur (2).

## 2.2. Yardımcı Üreme Teknikleri ve IVF Tedavisi

İnfertilitenin ilaç, cerrahi ve yardımcı üreme teknikleri IVF ve aşılama teknolojileri de dahil olmak üzere bir dizi tedavileri mevcuttur. Erkeklere ya da kadınlara özel olan tedaviler vardır. Bazıları her ikisi için ortaktır. İlaçlar ya da cerrahi yaygın tedaviler vardır (19). Yardımcı üreme teknikleri IVF, Tubal Embriyo Transferi (TET), Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT) ve Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT) gibi çeşitli prosedürler ile yapılabilmektedir. IVF, TET, ZIFT prosedürlerinde oosit ve sperm laboratuvarında kültür ortamında bir araya getirilir ve fertilizasyon ve erken dönem embriyo gelişimi gerçekleştiğinde uterusu (IVF) ya da tubalara (ZIFT, TET) transfer edilir (2). İnfertilitenin üstesinden gelmek için çok güvenli ve etkili bir tedavi yoktur. Bu tedaviler önemli ölçüde hamile kalma şansını artırmaktadır (20). Günümüzde yardımcı üreme teknikleri içerisinde çoğunlukla IVF tercih edilmektedir (1, 5, 6). IVF oositin sperm hücresi ile invitro şartlarda kültür ortamı içinde fertilizasyonu sonucunda oluşan embriyonun uterusu tekrar transferi esasına dayanır (4). IVF teknolojisi ilk olarak tubal faktör nedeniyle gelişmiştir. 1978'de IVF yöntemi ile dünyaya gelen ilk bebek olan Louise Brown'ın doğumunun takiben geçtiğimiz 30 yılda nedeni açıklanamayan infertilite, sperm sorunları, endometriozis, ovulatuvar sorunlar, immunolojik sorunlara dek uzanan geniş bir yelpazede infertil çiftlerin son basamak tedavisi olarak yerini almıştır. Ülkelerde yaklaşık olarak doğan her 100–150 bebekten birinin IVF sonucu dünyaya geldiği tahmin edilmektedir. ABD'de 2005 yılında 123.000 IVF tedavisi gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde son yıllarda yaklaşık olarak yıllık 35.000 civarında IVF tedavisi uygulandığı bildirilmektedir. (1, 5, 6).

## 2.3. Stres

Evrensel bir deneyim olan ve bireyin yaşamını olumsuz yönde etkileyen stres, günümüzün çatışma ve rekabetle dolu dünyasında, bireyin sağlığını ve verimliliğini etkileyen önemli kavramlardan birisidir (8). Tıbbi anlamda stres, kişi üzerinde hem fizyolojik hem psikolojik etkiler yaratan, baskı oluşturan dış uyaranlar sonucunda ortaya çıkan durum için kullanılan bir terimdir. Araştırmalar stresin fizyolojik, endokrinolojik,

immunolojik ve davranışsal değişiklikler yaparak beyinin temel rol oynadığı homeostatik mekanizmaları etkilediğini göstermektedir (21).

Stres; karşılaşılan yeni durumlarda bireyin ruhsal, bedensel sınırlarının zorlanmasıdır. 1950'lere kadar stres, organizmada fizyolojik ve fizyopatolojik değişiklikler yapan uyaran olarak kabul edilmekteydi. 1952'de Kanada'lı fizyolog Selye, stresi uyaranlara karşı organizmanın verdiği yanıt olarak tanımlamıştır. Bireyde stres oluşturan etmenler "Stresörler" diye tanımlanmaktadır (22). Herhangi bir stresör karşısında organizma, kısa dönemde fiziksel (baş ağrısı, baş dönmesi, mide bulantısı, terleme), duygusal (kaygı, endişe, aşırı hassasiyet), zihinsel (unutkanlık, konsantrasyon bozukluğu, karar vermede güçlük) ve sosyal (güvensizlik, aşırı suçlayıcı tutum) bazı belirtiler vermektedir (23).

#### **2.4. IVF Tedavisinde Stres Etmenleri**

Stres etmenleri şu şekilde sıralanabilir:

- a) Fiziksel: Travma, şiddetli egzersiz, gürültü, ısı, nem, çevre kirliliği, yiyecek kısıtlanması, cerrahi girişimler gibi.
- b) Sosyal : Birey çevre ilişkisi / çatışması.
- c) Psikolojik: Fiziksel ve sosyal etmenlerin sonucu olarak ya da kendiliğinden ortaya çıkan, genellikle yinelenen etmenler, hayal kırıklığı, izolasyon gibi (2).

IVF tedavisi çiftlerde fiziksel, sosyal ve psikolojik stres etmenlerine yol açmaktadır. Çoğu çift hayatlarında planlama yaparlar ve bir şey için çok çalıştıkları zaman onu başarabileceklerine inanabilirler. Çocuk sahibi olmayı başaramadıkları zaman, vücutları üzerinde kontrol kaybı ve ebeveyn olma hedefini gerçekleştiremediklerini hissederler. İnfertilite ile ilgili ne kadar çalışırsa çalışsın belki bir bebeğe sahip olmak mümkün olmayacaktır. İnfertilite testleri ve tedavileri duygusal, fiziksel ve mali olarak stresli olabilir (24). İnfertilitenin getirdiği tıbbi kararların ve belirsizliklerin çokluğu ile başa çıkmak çoğu çift için büyük duygusal karışıklık yaratabilir. Çiftler kendilerini kaygılı, depresif, kontrol dışı, ya da izolasyon duyguları içinde bulabilirler. Tüm bunlar bireylerin psikolojik iyilik halini etkilemektedir (25).

İnfertilitede; tetkikler, tedavi işlemleri, sıklıkla gidilen doktor randevuları fiziksel, duygusal ve maddi olarak yoğun bir stres kaynağıdır (24). İnfertilite çiftlerin birbirinden uzaklaşmasına sebep olur bu da stres seviyesini arttırır. Çiftler infertilite tedavisi için çok sayıda doktor randevusu alabilirler. Bu da işlerinden ya da diğer aktivitelerden geri kalmalarına yol açabilir (25). Monga ve ark.'nın (26) çalışmasında İnfertil çiftlerin stres, anksiyete, depresyon skorlarının fertil popülasyona göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Özdemir (27) kronik stres düzeylerinin normal fertil kadınlarda gebe kalma üzerinde etkisini araştırdığı bir prospektif çalışmada başlangıç kronik anksiyete düzeylerinin yüksek olması ile gebe kalma oranı arasında ters yönde ilişki bulunmuştur.

İnfertilite durumunda kadınlar duygusal zorlanmayı erkeklere göre daha fazla yaşamaktadırlar (15). Bu bilgiyi destekleyen biçimde infertil kadınlarda depresyon ve anksiyete oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Güz ve ark. (28) eşinden ve ailesinden olumsuz tepkilerle karşılaşan infertil kadınlarda anksiyete ve düşük benlik saygısı belirlemiştir. Bunun neden daha yüksek olduğunun birçok bilimsel açıklaması olmakla beraber en sık elde edilen deneysel bulgu infertiliteye bağlı stres düzeyi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında bir bağıntı olmasıdır. İran, Tayvan, Kore, Japonya ve Türkiye' de yapılan çalışmalarda da infertiliteyen ilişkin psikolojik sorunlar saptanmıştır (2). Bir aile üyesinin ölümü, ayrılma ya da boşanma gibi temel yaşam olaylarındaki stresten daha yüksek stres puanlarına sahip olan infertil bireyler ile ilgili literatürde evlilik uyumları, infertilitenin cinsel yaşam üzerine etkileri, emosyonel tepkilerinin araştırılması gibi çalışmalar mevcuttur (29). Taşçı ve ark.'nın çalışmalarında (30), infertil kadınların evlilik uyum puan ortalamasının (46, 29 ± 6, 98) ölçeğin kesme noktası olan 43, 5 üzerinde olduğu saptanmıştır. Jedrzejczak ve ark. (31) çalışmasında, 60 infertil kadın değerlendirilmiş ve kadınların %25'inde infertilitenin evliliklerinde büyük bir sorun oluşturduğu belirtilmektedir. Eşler, diğerinin anne-babalık rolünü yerine getirmesine engel olmanın ve ait oldukları kültürün gereği olarak önemli bir toplumsal rolü gerçekleştirememenin suçluluğunu yaşarlar (32). Bireylerde eşi tarafından terk edilme endişesi ortaya çıkar. İnfertil olan eş diğer eşin gözünde "yetersiz ve eksik" olmaktan, ya da onun sevgisini kaybetmekten korkar. İnfertilite tanısı "benlik saygısında azalma", "kadın olarak kendini yetersiz hissetme" ya da "utanma duyguları" gibi duygular ortaya çıkarabilir (12). İnfertilite, farklı psikolojik süreçleri tetikleyerek çeşitli psikiyatrik belirtilere yol açabilir (32). Psikiyatrik belirti ve

bulguların eşlik ettiği durumlarda infertilite tanısında ve tedavisinde güçlükler ve komplikasyonlar ortaya çıkar, hatta gebelik ya da canlı doğum oranları düşebilir (1). Orji ve Upkong'un çalışmalarında (33) Nijerya'daki infertil kadınlarda psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda bulunduğu bildirilmektedir. Psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı infertilite grubunda %46, 4 bulunmuş, kadınların % 43'nün depresyon ve %37, 5'inin anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Diğer taraftan psikiyatrik morbiditenin, kontrol grubunda yaygınlığı %12, 5 bulunmuş, kadınların %11, 5'inde depresyon, % 9, 4'ünde ise anksiyete olduğu belirtilmektedir. Yine aynı çalışmada kadınlardan en azından bir çocuğa sahip olmayanlarda genel olarak ruhsal hastalıklar ve depresyon çocuğu olanlardan daha yüksek bulunmuştur.

## **2.5. IVF Tedavisinin Sosyo-Kültürel Yönü**

Üremeye yönelik ilk referanslar, antik çağlara kadar gitmektedir. Buna ait ilk örneklerden biri, İncil'in emri olan "üretken olun ve çoğalın" dır (34). Eski Mısır papirüslerinde doğurganlığın önemi, kısır kadının gebe kalabilmesi için bir boğayla sembolik olarak cinsel ilişkiye girmesi şeklinde vurgulanmıştır (35).

Fertilite problemleri görünür, yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak sınıflandırılmamasına rağmen, hem bireyi hem de toplumu etkileyen, basit bir jinekolojik rahatsızlık değil biyolojik, sosyal, kültürel ve psikolojik boyutları olan bir sağlık sorunudur. Sağlık, biyolojik ve çevresel etmenler tarafından olduğu kadar kültürel etmenlerden de etkilenmektedir. Kültürel özellikler sağlık ve hastalığın dinamik bir etkeni olarak görülmelidir. Birçok kültürde infertilite ile ilgili yanlış inanç ve değerler söz konusudur (36).

İnfertilitenin bedensel sağlıktan çok toplumsal ve psikolojik iyilik hali üzerine olumsuz etkileri vardır. Toplum için çocuk ekonomik, psikolojik ve sosyal değer boyutları olan bir unsurdur. Çocuk kişiler için yaşlılığın ve bakımın bir güvencesi olarak görülürken, ekonomisi tarıma dayalı toplumlar içinde önemli bir iş gücü olarak değerlendirilmektedir. Bazı toplumlarda ise çocuk sahibi olmak kişilere ayrıcalık ve itibar kazandıran önemli bir faktördür. Bütün bu nedenler çocuk sahibi olamayan çiftlerin, toplumunda etkisiyle daha fazla psikolojik baskı altında kalmasına yol

açmaktadır. Üreme konusundaki yetersizlik sıklıkla sosyal bir damgalanma yaratır ve utanç verici bir yetersizlik olarak algılanır (15).

2012 yılında Koçyiğit'in araştırmasına göre (37) görüşülen her iki kadından biri (%48,3), sosyal baskıya doğrudan maruz kaldığını belirtmiştir. Sosyal baskının evlendikten sonraki ilk adımı, "Ne zaman çocuk yapacaksınız?" şeklindeki sorulardır. Giderek artan ve yoğunlaşan sorular, sosyal baskı halini almaya başlayarak kadınları cevaplar bulmaya zorlamaya, dolayısıyla tüp bebek merkezlerine yönlendirmiştir. Kadınlar, kendilerine çocukla ilgili sorulan sorularla yıprandıklarını, suçluluk hissettiklerini, yaşlılarının çocuklu olmalarından rahatsız olduklarını, horlandıklarını, dışlandıklarını, boşanma veya kuma ile tehdit edildiklerini ifade etmiştir. Bazı kadınlar da eşlerinin sadakatsizleştiğini vurgulamıştır. Sosyal baskıyı yoğun olarak hisseden kadınlar, "kuruyan ağaç", "verimsiz toprak" olarak görüldüklerini dile getirmiştir. Toplumla göre onlar verimsizdir, toplumsal rollerini yerine getirememektedirler.

İnfertilite bazı toplumlarda önemli bir boşanma nedeni ve sosyal bir sorundur (38). Yasal olarak boşanma nedeni olmamasına karşın aile ilişkilerini ve geçimini etkilediğinden boşanmanın bir nedeni olabilir. Türkiye'de %3 oranında görülen çok eşli evliliklerin nedeni de genellikle kadının infertil olmasına bağlanmaktadır. İnfertilite tüm kültürler için bir kriz durumudur. İnfertilite özellikle ciddi sosyal baskılardan dolayı ve infertilite prevalansının yüksek olduğu gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunudur (36). Nijerya gibi pek çok Afrika ülkesinde infertiliteden genellikle kadın sorumlu tutulduğu için, çocuksuz evlilikleri olan erkeklere aileleri tarafından başka bir evlilik yapması yönünde baskı uygulandığı bildirilmiştir (15).

Pek çok kültürde gebelik ve ebeveynlik, yaşamın önemli basamaklardan biri olarak görülmekte ve üreme konusundaki yetersizlik sıklıkla sosyal bir damga yaratmaktadır. Çocuk, çoğu kültürde ekonomik, psikolojik ve sosyal değer boyutları olan, kişilere ayrıcalık ve itibar kazandıran bir faktördür. Anne-babalar toplumsal cinsiyet rollerini ve sosyal normları çocuklarına daha doğdukları andan itibaren iletirler (örneğin küçük çocuklara doğrudan annelik ve babalık rolleri ile ilgili oyuncaklar verilmesi). Bu kültürel aktarımlarla yetişen bireyler için ise infertilite, kadınlar için toplumun annelik beklentisini karşılayamamak, erkekler için de kültürün tanımladığı erkeklik yeteneğini gösterememek anlamına gelebilir. Çocuk sahibi olma yeteneği toplumlarda kadın ve erkek için cinsel gücün bir belirleyicisi olabilmekte ancak çoğunlukla bu yeteneğin bozulmasından kadın sorumlu tutulmaktadır (14). Örneğin

infertilitenin sıklıkla kadına ait bir sorun olarak ele alınması, genellikle nedenlerin fiziksel olmasına karşın, infertilitenin psikolojik faktörlerden kaynaklandığı inancı ve tedavi edilemezliğine olan inanç ya da cinsel bir hastalık olduğu gibi yanlış düşünceler yaygındır (36).

Annelik toplumda kadın için hala birincil rol olarak görülmektedir. Neredeyse her toplumda infertil kadınlar fertilitate problemlerinden dolayı sorumlu tutulmalarına rağmen geleneksel kültürlerde yaşayan kadınların infertiliteyi daha büyük bir yük olarak taşıdıkları görülmektedir (14). Örneğin Kamerun’ da bir kadının statüsü ve değeri doğurganlığı ile ölçülmektedir. Çocuksuz Kamerunlu kadınlar çoğu zaman kocaları tarafından terk edilip tek başına yaşam mücadelesi vermek zorunda kalmaktadır (39). Kuveyt’te de infertilite tanısı kadınların dışlanacaklarını düşündükleri için saklama eğiliminde oldukları görülmektedir. Arap kültüründe ise annelik kadın kimliğinin özü olarak algılanmakta infertilite nedeni ile kadınlar kocaları tarafından terk edilmekte ve şiddete maruz kalmaktadır (40). Nijerya toplumundaki kadınların kadınlığının anlaşılması için çocuk sahibi olması gerekmektedir. (33). Çocuk sahibi olamayan kadının gerçek kadınlığa ulaşamayacağı ve toplumun diğer üyelerinden ayrıldıkları, sosyal faaliyetlerden ve törenlerden dışlandıkları ve yeni doğmuş bebeklere dokunmaktan men edildikleri bildirilmektedir (14).

Karaca ve Ünsal’ın aktardıklarına göre; Türkiye’de Van ilinde yapılan bir çalışmada infertil kadınların kocaları ve kocasının aile bireyleri tarafından şiddete uğradıkları ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada 122 infertil kadınla aile içi şiddet varlığı araştırılmış, toplamda 41 kadının (%33, 6) infertil oldukları için şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Bu kadınların 32’sine (%78) şiddet ilk kez, infertilite tanısını almasını takiben eşleri tarafından uygulanmıştır. Damgalama, infertil bir kadın olarak kendini olumsuz algılama, toplumda yabancılaşma, izole olma, anlaşılmama ve aşağılanma, başkalarının davranışlarıyla ilgili olarak olumsuz öz algılamalar olarak tanımlanmaktadır. İnfertil kadınların eğitim düzeyi, sosyal statüsü, ekonomik durumu, anneliğe alternatif özelliğin olması, algıladığı toplumsal cinsiyet kavramı, infertiliteye verdiği anlam kadınların damgalanma algılarında önemli göstergeler olarak belirtilmektedir. Bu göstergelerden biri olan kadının toplumsal cinsiyet rolü onun anaç özelliklerine göre tanımlanmıştır. Toplumsal cinsiyet rollerine yatırım yapan kadınlar, infertiliteyi bir başarısızlık olarak görüp, infertilite deneyimleri sırasında daha çok stres yaşayabilmektedir. Yine Karaca ve Ünsal’ın (14) aktardıklarına göre; yapılan başka bir

çalışmada ABD’de yaşayan kadınların çocuk sahibi olmak konusunda toplumsal baskı hissettiklerini bildirmektedir. Bu çalışmada infertil kadınların en önemli sorunun “sosyal normları yerine getirmede yetersizlik” hissetmeleri olduğu görülmüştür. Sosyal normları yerine getirememenin bireysel kimlik çatışmasına neden olduğu, kadınların bu durumu kişisel kimliğine tehdit olarak değerlendirdikleri ortaya çıkmıştır. Bu tehditler kadının güçsüzlük ve damgalanma hissetmesine neden olmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olan infertil kadınlar, daha düşük eğitim düzeyine göre daha az, kırsal yaşam şekli olan infertil kadınlar kentsel yaşam stiline sahip kadınlara göre daha fazla damgalanma hissetmektedir. Daha fazla damgalanma hisseden kadın aynı zamanda daha fazla stres yaşamaktadır. Afrika’da üremeye ilgili sorunlar kadının eşi ve ailesi tarafından küçümsenebilir, yok sayılabilir ya da suç olarak görülebilir (41). Upkong ve Orji’nin (33) çalışmalarına göre Nijerya’nın ve Mozambik’in bazı bölümlerinde üremeye ilgili sorun yaşayan kadınların bazı önemli sosyal olayların dışında bırakıldığı bilinmektedir. Bu gözlemlere rağmen, özellikle Orta Afrika’da ve Nijerya’da infertilite oldukça az araştırmaya konu olmuştur. Afrika topluluklarında çocuk yetiştirmeye genelde büyük önem verilmekte ve kısır çiftler fazla oranda sosyal damgalanma ile karşılaşmaktadır.

Türk toplumunda ise çocuk ekonomik, psikolojik ve sosyal değer boyutları olan vazgeçilmeyecek bir unsurdur. Bu değerler kadın ve erkekte genelde aynı olmasına rağmen, öncelik sırası olarak farklılık göstermektedir. Şöyle ki, kadın için evlilik bağına güçlendirme, eşine yakın olma, analık içgüdüleri gibi psikolojik değerler ön planda olurken; erkekte, birinci sırayı aile adını devam ettirme, yaşlılık güvencesi gibi ekonomik ve geleneksel değerler almaktadır. Türk toplumunda çocuksuz ev düşünülemez. Evlilik, çocuk sahibi olmakla eş değer tutulduğu için döl vermeyen evlilik yürümez. Çocuksuz ev tütmeyen ocak gibidir. Çocuk doğurmamak kadın için bir sağlık sorunu değil, bir eksiklik bir ayıptır. Çocuksuzluk aşağılayıcı bir durumdur. Aile tanıdıkları, arkadaşları ya da yabancılar tarafından açık ya da kapalı olarak yapılan baskıların stresi, her çocuksuz çiftin acısına derece derece eklenir. Aile büyüklerinin imaları, arkadaşlarının dikkatsiz soruları, sağlık personelinin düşünceleri, yabancıların direkt ve düzensiz soruları ile çiftler bu baskıyı birçok şekilde deneyimlerler. Aralarında sevgi ne kadar derin olursa olsun, evli bireylerin çocuksuzluğu çoğu kez onları mutsuzluğa iter, ailesel anlaşmazlıklar yaratır, karı-kocalık ilişkilerini olumsuz etkiler, çiftler arasında soğukluk girmesine ve ruhsal sorunların ortaya çıkmasına da neden



olabilmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda da boşanma olaylarının, birçok ülkede çocuk sayısı ile ters orantılı olduğu, çocuğu olan çiftlerin çocuğu olmayan çiftlerden daha az boşandığı belirlenmiştir (12).

Ayrıca infertil kadınlara acı veren en önemli olaylardan birinin bir gebe veya çocuklu bir kadınla karşılaşmak olduğunu, bu durumun onlarda yetersizlik duygusunun artmasına ve öfkelenmelerine neden olduğu bu nedenle çocukların bulunduğu ortamdan uzak durmaya çalıştıkları belirtilmektedir (36).

## **2.6. İnfertilite ve IVF Tedavisinde Hemşirelik Bakımı**

İnfertilite ve tedavi süreci, birey/çift için son derece yıpratıcı ve çok stresli bir deneyimdir. İnfertilitede tıbbi tedavinin zorluğu, çocuk sahibi olamamanın yarattığı hayal kırıklığı ile birleşince, cinsel problemler daha yıkıcı etkiler gösterebilir. Uzamış değerlendirme ve tedavi süreçleri çoğu çift için, sinir bozucu ve yüksek anksiyete kaynağı olmaktadır (15). Bu değişimlere uyum bazı çiftlerde iletişimi, birbirine güveni ve evlilikten memnuniyet durumunu arttırırken bazı çiftlerde ise, çiftler arası iletişim bozukluklarına neden olabilir (42). Bu nedenle infertilite kliniklerinin, hastaların tıbbi tedavisi kadar tedavi süresince hastaların emosyonel ve psikososyal bakımına da önem vermeleri gerekmektedir. Nitekim bazı ülkelerde infertilite klinikleri için var olan mevzuata “danışmanlık hizmetleri” yasal gereklilik olarak konmuştur. Yine gelişmiş ülkelerdeki infertilite kliniklerinin çoğunda danışmanlık hizmetleri, hasta merkezli günlük bakım aktivitelerine entegre edilmiş ve danışmanlığa özel rehber kitaplarda oluşturulmuştur (15).

İnfertilite danışmanlığı; yardımcı üreme teknikleri, genetik ve perinatoloji alanlarında ruh sağlığı tedavisi uygulayan bir meslek olarak tanımlanmaktadır. Psikologlar, psikiyatristler, psikiyatri hemşireleri, sosyal hizmet uzmanları, evlilik ve aile terapistleri infertilite danışmanı olabilmektedir. ASRM Ruh Sağlığı Profesyonel Grubu (Mental Health Professional Group of ASRM) üreme tıbbi ile ilgili çalışan ruh sağlığı uzmanlarının eğitim ve yetkinliğini belirlemek için bir rehber geliştirmiştir. Bu rehberde infertilite danışmanının psikiyatri, psikoloji, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatri hemşiresi, evlilik ve aile terapisti disiplinlerinde en az master ya da doktora düzeyinde

eğitimi olması Őart koŐulmuŐtur. İnfertil çiftlere tıbbi tedaviyi sunan sağlık ekibi üyelerinin, infertilite danıŐmanlarının seks terapileri eğitimi yoktur ve bu nedenle seks terapilerini yapamazlar. İnfertilite danışmanı, infertilitenin neden olduğu cinsel problemler, tedavi yöntemleri, baŐarı oranları ve dolayısıyla cinsel fonksiyon bozuklukları konusunda bilgi sahibi olmalıdır (42).

Türkiye, infertil birey ve çiftin haklarını da kapsayan "Uluslararası Üreme ve Cinsel Haklar Bildirgesi" gibi uluslararası sözleşmelere imza atmıŐ ve yine bireyin kendi sağlığına ilişkin bilgilenme/eğitim hakkını bir anayasal hak olarak kabul etmiŐ bir ülkedir.

Sağlık personeli üreme sağlığı hizmeti almak üzere başvuran bireylerle görüŐür, ihtiyacını tanımlar ve o ihtiyacı karŐılayacak sağlık hizmetini sunar (18). Sağlık ekibinde hemşire, birey çiftin bu önemli yaşam deneyiminde mesleki donanımı nedeniyle eğitim ve danışmanlık için son derece uygun pozisyonudadır. İnfertil çiftler de hemŐireyi, sorunlarını kolay tartıŐabileceđi ve tedavi planı baŐarısı için önemli bir kişi, yine ekipteki diğer sağlık profesyonellerinden biri olarak görmektedir (15). İngiltere'de İnsan Fertilizasyon ve Embriyoloji Eylemleri (The Human Fertilisation and Embryology Act. 1990) çiftlere uygun danışmanlık verilebilmesi için hemşirelere sertifika veya onay belgesi vermektedir. Bununla birlikte danışmanın en azından mental sağlık alanında ve infertilitenin birey üzerindeki mental psikososyal etkileri konusunda deneyimli bir kişi olması önerilmektedir. Görüldüğu gibi infertilite danışmanlığı özel beceri ve eğitim gerektiren yeni bir alan olarak geliŐmektedir.

HemŐireler ekip içerisinde deđiŐen ve geliŐen rollerinin bir gereği olarak, tıbbi bakımdaki rollerinin yanında, danıŐmanlık ve psikolojik destek, hasta hakları savunucusu, yönetici, eğitmen, araŐtırmacı rollerini de üstlenmektedir. Yardımcı üreme teknikleri (YÜT) aŐamalarında çiftlerin yanında bulunmak, hekimi asiste etmek ve ovum aspirasyonu, embriyo transferi gibi iŐlemler için hastanın hazırlığı, ameliyathane koordinatörlüğu ve güvenliği, iŐlem sonrası ise izlem uygulamaları hemŐirenin tıbbi bakımdaki rolleridir. Hasta savunuculuğu rolü infertilite hemŐiresinin diğer ekip üyelerine çiftin tedavi sürecinden geri kalmasına sebep olabilecek duygusal durumlar hakkında bilgi vermesine imkan verir. Hasta bakımının kalitesi, detaylı planlama, doğru dokümantasyon ve iletiŐime bağlıdır. HemŐire bunları yönetim becerisini kullanarak gerçekleştirir. HemŐirenin, çifte tedaviyi anlayabileceği bir dil kullanarak uygun terimlerle ačıklamalar yapmak, fertilizasyon öncesi sağlık eğitimi kapsamında ilaçları

kadının kendi kendine yapmasını öğretmek gibi eğitim becerilerine ihtiyacı vardır. Hemşire güncel konuları ve yenilikleri yakından takip etmelidir. Çiftlere en iyi biçimde danışmanlık yapabilmek, yeterli bilgi aktarabilmek, etik kurallarla ilgili sorularını yanıtlayabilmek ve kendini koruyabilmek için hemşire okumalı, araştırmalıdır (16).

### Çizelge 2.2. İnfertilite Danışmanlığında Hemşirenin Yeri

<b>DANIŞMANLIK ADIMLARINI UYGULAMA</b>
Tanışma ve güven kurma
İnfertilite için öngörülen nedenlerin paylaşılması, tanı işlemlerine karar verme, sürdürme ve sonuçlar hakkında bilgilendirme
İnfertilite sorununu çözmek için seçenekleri ayırtılama ve tedavi seçeneğine karar verme ve sürdürme
Tedavi sonuçlarını değerlendirme
<b>BİREYE/ÇİFTE KARAR VERMEDE YARDIMCI OLMA</b>
Bireyin/çiftin gereksinimine uygun olarak terapötik danışmanlık modellerini kullanma
Bireyin/ çiftin emosyonel açıdan iyi olmasına yardımcı olma ve destekleme
Yeme bozukluğu, uyku sorunları, cinsel disfonksiyon, artmış sosyal izolasyon, umutsuzluk, intihara eğilim, obsesif kompulsif davranışlar, artmış anksiyete ve depresyon bulguları gibi psikososyal risk faktörleri saptandığında psikolojik ya da psikiyatrik yardım için sevk edilmesi

Hemşireler, infertil bireyin/çiftin emosyonel açıdan iyi olmasına yardımcı olurken ve desteklerken aşağıdaki noktalara dikkat etmelidir:

Rahat bir çevre yaratma; infertil bireyler, diğer insanların fertil olduğunu hatırlatan durumlardan (çevredeki gebe kadınlar, doğumlar, bebek resimleri, gibi) rahatsızlık duyar ve kendilerini yetersiz hissederler. İnfertil çiftleri gebe kadınlardan uzak tutmak imkansızdır. Ancak çiftler klinikte tedavi aşamasına göre farklı günlerde değerlendirilebilir. İnfertil çiftlerin değerlendirildiği ortamlarda magazinsel bilgi ve resimler yerine anlayabilecekleri düzeyde çocuksuz bireyleri destekleyici bilimsel literatürün ve resimlerin bulunması önerilmektedir. Bazen klinikte hizmet veren hemşirede gebe olabilir böyle zamanlarda hemşirenin, tedavi alan bireyi dostça karşılaması, çocuk sahibi olmak için tedavi aramanın zorluğunu bilerek bireye yaklaşması önemlidir. Bununla birlikte hemşirelerin, bireylerin muayene ve

değerlendirmeler esnasında mahremiyetlerini koruma, kendileri ile ilgili özel olan durumları başka insanların duyamayacağı şekilde görüşme ortamı yaratma sorumlulukları vardır.

Etkili bir iletişim kurma; hemşirenin etkili bir iletişim kurabilmesi için zamanı birey/çiftle ile birlikte ayarlaması ve “ben iyiyim sen de iyisin” mesajını vermesi gerekir. Bir başka deyişle, kendinden emin, kendisine ve bilgilerine güvenen, infertil çifte saygılı ve değer veren bir iletişim pozisyonunda olması gerekir. Etkili iletişimde diğer bir nokta çiftin kabul edildiğinin sözle ya da davranışla gösterilmesidir. Örneğin, ovum stimülasyonu için gerekli olan ilaçları doğru şekilde kullanan kadının sözel olarak desteklenmesi gibi. Bununla birlikte iletişim kurarken birey/çiftin anlayabilecekleri medikal bir terminoloji kullanılmasının (kısırlık yerine infertilite gibi) infertil birey/çifte infertilitenin neden olduğu suçluluk hissini azaltacağı bildirilmektedir.

Yaşamdaki farklı noktalara duyarlı olma; infertilite, tedavi ile sonlanmayan bir travmadır. Örneğin; Çocuksuz bir kadında menopozun tanılanması, tedavi sırasında eşin ölümü gibi durumlar infertiliteye ilişkin sorunları daha da zorlaştırabilir.

Bireyselliğe özen gösterme; hemşire hizmet verdiği her bireyi tanımak için zaman ayırmalıdır. İnfertil çiftlerin çocuk sahibi olma isteği ortak amaçlarıdır. Ancak bu amaca ulaşmadaki yaklaşımları, hangi yolları izledikleri, tutum ve davranışları bireyseldir.

Duyguların rahat ifade edilmesini sağlama; infertil çiftler çocuk sahibi olma isteklerinden dolayı bilinçli ve hazır oluşları yüksek gruptur. Genellikle kendilerini iyi ifade etseler de bazı konularla yüzleşmekten rahatsız olabilirler. Bu nedenle kendilerini ifade etmelerine izin verilmelidir

Geri bildirim alma; hemşireler infertil bireylere, sundukları hizmet hakkında geri bildirim almalı ve bunu değerlendirmelidir (43).

İnfertil kadınların çocuk sahibi olamamaya bağlı stres ve psikososyal sorunlar yaşadığı, bu sorunlar içinde sosyal beklentilere yanıt verememe, damgalanma, olumsuz kendilik algısı, görünmez çoklu kayıplar ve üremeye yardımcı tedavilerin psikolojik etkilerinin ön planda olduğu görülmektedir. İnfertilite kliniklerinde psikiyatri ve üreme sağlığı klinik uzmanlarının işbirliği içinde olması gerekmektedir. İnfertilite tedavi aşamalarının tümü bedeni üzerinde gerçekleşen kadınların stres düzeylerinin ve psikososyal sorunlarının ele alınıp uygun müdahaleler geliştirilmesi, kadınların bu süreci daha sağlıklı atlatmalarına ve tedavi başarılarının artmasına olanak sağlayacaktır.

Özellikle son 20 yıldır psikososyal sorunların infertilitenin bir sonucu olduğu görüşü ve bu sorunların hem bireyin tüm yaşamına, hem de gebelik oranlarına olan etkisinin ortaya konması psikiyatri çalışanlarının psikoteropötik (bireyselgrup) müdahalelere yönelmesine neden olmuştur. Bu uygulamalar aynı zamanda infertil çiftlerin yaşadıkları infertilite krizi ile baş etmelerini güçlendirmek, yeniden yapılanmalarını sağlamak, bilgi-danışmanlık gereksinimlerini karşılamak, evlilik ve sosyal ilişkilerini güçlendirmek amaçlarını da içermektedir (14).

İnfertil çiftlere verilecek danışmanlık bireyler ve çiftlerin yaşam tarzlarını düzenlemelerine, ilişkilerini sağlamlaştırmasına ve kendileri için doğru olan seçimi yapmalarına yardım eder. Aynı zamanda içlerinde kolaylıkla oluşabilecek endişe, nefret, öfke ve tatminsizlik gibi duygulardan arınmada yardımcı olabilir. Danışmanlık, aynı zamanda çiftlerin kendi özel gereksinimlerinin farkına vararak uygun kararlar almalarını ve yaşamda infertiliteden daha fazla şeyler olduğunu fark etmelerini sağlamak için yardım etmektir. İnfertil çiftlerle iletişim kurarken yumuşak, güler yüzlü ve hoşgörülü olmak son derece önemlidir. Çünkü başvuran hastaların büyük çoğunluğu uzun süredir evli olan ve sorunlarının çözümü için yıllarca tedavi arayan ekonomik ve psikolojik yönden yorgun düşmüş, sağlık personeline karşı güveni sarsılmış, ümitsizlik içindeki çiftler oluşturmaktadır.

Tedavi sürecindeki tıbbi ve teknik bilgilerin çiftler tarafından anlaşılmasında, çiftin işlemlere duygusal ve fiziksel olarak hazırlanmasında, gerçekçi beklentiler geliştirmelerinin sağlanmasında hemşirenin rolü önemlidir (12).

## **2.7. İnfertilite Danışmanlığında Kullanılan Terapotik Danışmanlık Türleri**

İnfertilite danışmanlığı, birey/çifte infertilite tanı, tedavi sürecinde ve tedavi sonrası; güvenilir ve konusunda uzman bir kişi tarafından bilgi ve beceri kazandırarak bilinçlendirmek ve karar vermelerine yardımcı olmak olarak tanımlanmaktadır (43). İnfertilite danışmanlığında kullanılan terapotik danışmanlık türleri ise şu şekildedir:

Bireysel ve çift danışmanlığı; infertil bireylerin tek başlarına (bireysel danışmanlık) ya da eşleri ile birlikte (çift danışmanlığı) danışmanlık almaları infertilitenin neden olduğu etkileri azaltmaya yardımcı olabilir. Bu danışmanlık türü ile

bireyin/çiftin infertilite hakkındaki düşüncelerini, çocuk sahibi olma isteğini, infertilite ile ilişkili emosyonel duygularını ve sosyal etkileri belirlemek, bireyin/çiftin infertilitenin neden olduğu durumlar ile baş etmesine yardım ederek bir yol haritası belirlemelerini sağlamak amaçlanır. Çift danışmanlığı, çiftlerin birbirleri ile olan uyumlarını artırmada ve ortak karar vermelerini sağlamada fayda sağlamaktadır. İnfertil çiftler mümkün olduğunca kendilerine bir uğraş bulmaları, kendilerini memnun edecek aktivitelere katılmaları (kuaföre gitme, kısa tatil planı yapma, arkadaşlarla vakit geçirme gibi) rahatlamak için girişimlerde (egzersiz, yoga, müzik dinleme gibi) bulunmaları için desteklenmelidir.

Bireye/çifte yardım etme ve desteklemede, birey/çiftten yazılı bir yol haritası oluşturmaları istemek faydalı olabilir. Bu yol haritasında amaç kontrol edilemeyen yaşam krizinde nelerin kontrol edilebileceğini tanımlamaktır. Bireyin/çiftin yol haritası ilişkisinin başlangıcından bu güne kadar ‘hayatlarından memnuniyetleri’, evliliği, yaşadıkları sıkıntılı durumları, farklı seçeneklerin akış şemalarını (gebelik olmadığında, düşük ya da canlı doğum olduğunda) ve tedavinin başlangıcından itibaren ‘B planını’ ve ‘C planını’ içermelidir. Bu yol haritası tedavinin başından itibaren her birey için planlanmalı ve daha sonra çiftlerin planları karşılaştırılmalı ve çiftle tartışılmalıdır. Gerekirse tedavi sonucunda bu yol haritası yeniden düzenlenmelidir.

Telefon danışmanlığı; az masraflı, çok kişiye ulaşma imkânı veren ve yaygın kullanım alanı olan bir danışmanlık türüdür. Birey/çifte infertiliteden kaynaklanan emosyonel ve psikolojik tepki ve sorunlarla nasıl baş edebileceği konusunda bilgi ve destek sağlanır.

Grup danışmanlığı; infertil çiftlerin 10-12 oturumla infertiliteye ilişkin istediği kadar bilgiyi paylaştığı, infertiliteye bağlı sıkıntılarını ifade ettiği, yalnız olmadığını hissettiği, diğer grup üyelerinin deneyimlerinden faydalanarak bireysel çözümler üretebildiği gruplardır. Bu oturumlarda ileri profesyonel danışmanlık ya da psikolojik terapi verilmez. Amaç benzer sıkıntıları bulunan bireylerin bir arada sıkıntılarını paylaşmaları, diğer bireylerin baş etme yöntemlerini görerek yalnız olmadıklarını anlayıp kendilerine özgü baş etme yöntemleri geliştirmeleridir. Bu gruplara kendilerini yalnız ve izole hisseden, infertiliteye ilişkin çevresinde konuşacak kimse olmayan ve/veya kimsenin kendisini anlamadığını düşünen, tek emosyonel destekçisinin eşi olduğunu söyleyen ve infertilitenin yaşam doyumunu etkilediğini belirten kişiler dahil edilebilir.

Öz yardım grupları; infertiliteye ilişkin bireysel deneyimlerden ortaya çıkmış bir destek organizasyonudur. Bu organizasyonlar, dünyada çeşitli ülkelerde (Almanya, Amerika gibi) infertilitenin etkilerine dikkat çekmek, toplumu infertilite konusunda bilinçlendirmek, infertilite üzerindeki politik etkileri azaltmak amacıyla çalışmalar yapmaktadır. Literatürde infertil çiftleri, çoğunluğunu infertilite deneyimlemiş bireylerden oluşan bu gruplara dahil etmenin ya da infertil çiftlerin grup üyeleri ile görüşmelerini sağlamanın, bireyin/çiftin kendi kendilerine yardım etmelerinde etkili olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle öz yardım grupları literatürde etkili danışmanlık türleri arasında yer almaktadır.

Profesyonelce oluşturulmuş grup çalışması; hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog tarafından oluşturulabilir. Ancak grubu kuracak kişinin mental sağlık alanında deneyimli olması önerilmektedir. Oluşturulacak grupların yapısı çeşitlidir. Herkesin katılımına izin veren (açık-kapalı oturumlar) ya da tek bir duruma odaklı gruplar oluşturulabilir (çoğul gebelik sağlanan bireylerden oluşan gruplar gibi). Grup üyelerinin seçiminde grubu oluşturan sağlık profesyonelinin bilgisi ve deneyimleri önemlidir. Grup üyelerini sadece o an takip edilen kişilerden oluşturmak zorunlu değildir. Eğer gruba yarar sağlayacağı düşünülen kişiler varsa (tedavi aramadan evlat edinenler, infertiliteyi deneyimlemiş bir sağlık personeli, daha önce tedavi olmuş kişiler gibi) gruba dahil edilebilir. Grubu oluşturacak kişi grubun her üyesi ile ön görüşme yapar. Grup çalışmalarında, konuşma egzersizleri, oyunlu rol gösterimi (role play), grup üyelerinin biyografileri, kişisel deneyimlerine yer verilir (43).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma, tanımlayıcı bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, İstanbul ilinde yer alan devlet kurumlarına bağlı altı hastanenin yardımcı üreme teknikleri ünitesinde IVF tedavisi gören kadınlar üzerinde yürütülmüştür. Veriler Mayıs 2012-Mart 2013 tarihleri arasında toplanmıştır.

GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tüp Bebek polikliniği Ünite de bir ayda ortalama 20-40 arasında değişen siklus gerçekleştirilmektedir. Ünite de bir doçent ve bir yardımcı doçent olmak üzere iki uzman hekim, iki hemşire, bir yarı zamanlı embriyolog, bir biyolog ve bir sekreter çalışmaktadır. Aynı zamanda iki poliklinik, bir embriyoloji ve bir androloji olmak üzere iki laboratuvar, bir sperm verme odası, bir hastalar için hazırlanma odası ve bir ameliyathane bulunmaktadır. Ünite de kadın ve erkek infertilitesinin araştırılması ve tedavisi, yumurta toplama, dölllenme-fertilizasyon, in-vitro fertilizasyon (IVF), intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI), embriyo transferi ve tanı ve tedavileri uygulanmaktadır.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tüp Bebek Ünitesi 1997 yılında kurulmuş olup ilk bebeği 1998 yılında doğmuştur. Ünite de bir ayda ortalama 30-45 arasında değişen siklus gerçekleştirilmektedir. Ünite de beş profesör, bir doçent, bir uzman ve bir asistan olmak üzere sekiz hekim, üç hemşire, üç sekreter ve bir yardımcı personel çalışmaktadır. Aynı zamanda üç poliklinik, bir ameliyathane, bir embriyoloji ve bir androloji olmak üzere iki laboratuvar, hemşirelerin hastalar ile görüşme yapabilmesi için bir danışmanlık odası ve sekreterlik bulunmaktadır. Ünite de intrauterin inseminasyon (IUI), kadın ve erkek infertilitesinin araştırılması ve tedavisi, gebelik testi ve gebelik takibi, embriyo dondurulması, yumurta toplama, dölllenme-fertilizasyon, in-



vitro fertilizasyon (IVF), intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI), embriyo transferi ve preimplantasyon genetik tanı ve tedavileri uygulanmaktadır.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tüp Bebek Ünitesi 1991 yılında kurulmuş olup ilk bebeği 1993 yılında doğmuştur. Ünite de bir ayda ortalama 40-60 arasında değişen siklus gerçekleştirilmektedir. Ünite de dokuz profesör, dört uzman olmak üzere 13 hekim, iki hemşire, bir sekreter ve üç embriyolog ve iki biyolog çalışmaktadır. Aynı zamanda iki poliklinik, bir embriyoloji ve bir androloji olmak üzere iki laboratuvar, iki sperm verme odası, bir hastalar için hazırlanma odası ve bir bekleme salonu bulunmaktadır. Ünite de kadın ve erkek infertilitesinin araştırılması ve tedavisi, gebelik testi ve gebelik takibi, yumurta toplama, döllenme-fertilizasyon, in-vitro fertilizasyon (IVF), intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI), embriyo transferi ve tanı ve tedavileri uygulanmaktadır.

Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Tüp Bebek polikliniği 2002 yılında kurulmuş olup ilk bebeği 2003 yılında doğmuştur. Ünite de bir ayda ortalama 90-120 arasında değişen siklus gerçekleştirilmektedir. Ünite de iki uzman hekim, üç hemşire, bir embriyolog, bir biyolog ve bir sekreter çalışmaktadır. Aynı zamanda iki poliklinik, bir embriyoloji ve bir androloji olmak üzere iki laboratuvar, bir sperm verme odası, bir hastalar için hazırlanma odası ve bir ameliyathane bulunmaktadır. Ünite de kadın ve erkek infertilitesinin araştırılması ve tedavisi, gebelik testi ve gebelik takibi, yumurta toplama, döllenme-fertilizasyon, in-vitro fertilizasyon (IVF), intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI), embriyo transferi ve tanı ve tedavileri uygulanmaktadır.

Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tüp Bebek polikliniği 2014 yılı Haziran ayında kurulmuş olup ayda ortalama henüz 5-10 arasında değişen siklus gerçekleştirilmektedir. Yeni kurulan bir birim oldukları için yapılanmaları devam etmektedir.

Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Tüp Bebek polikliniği 2000 yılında kurulmuştur. Ünite de bir ayda ortalama 90-110 arasında değişen siklus gerçekleştirilmektedir. Ünite de üç uzman hekim, üç hemşire, bir embriyolog, bir biyolog ve üç sekreter çalışmaktadır. Aynı zamanda bir poliklinik, bir embriyoloji ve bir androloji olmak üzere iki laboratuvar, bir sperm verme odası, bir hastalar ile görüşme odası ve bir ameliyathane bulunmaktadır. Ünite de kadın ve erkek infertilitesinin araştırılması ve tedavisi, yumurta toplama, döllenme-fertilizasyon, in-

vitro fertilizasyon (IVF), intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI), embriyo transferi ve tanı ve tedavileri uygulanmaktadır.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi ve Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde IVF tedavisi gören 453 kadın oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini; belirtilen tarihlerde IVF tedavisi görmekte olan, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 25, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden 56 ve Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesinden 70 kadın olmak üzere toplam 151 kadın oluşturmaktadır. Kadınların araştırmaya dahil edilme kriterleri; IVF tedavisi görmek, 25-40 yaşları arasında, daha önce doğum yapmamış ya da yaşayan çocuğu bulunmamak, fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyi araştırmada uygulanan formları cevaplamaya uygun ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmaktır.

Örneklem büyüklüğü belirlenirken belirtilen hastanelerde Mayıs 2012-Mart 2013 tarihleri arasında daha önce hiç çocuğu olmamış IVF tedavisi görmekte olan ve 25-40 yaş arası kadın hasta sayılarından yola çıkılarak Mayıs 2012-Mart 2013 tarihleri arasında popülasyonun %30'luk kısmı ile çalışılması uygun görülmüştür. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastane'sinin etik kurulundan izin alınamadığı, Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi tüp bebek uygulama ruhsatı alamadığı ve GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulama izni alındığı tarihlerde IVF tedavisi yapılmadığı için örneklem dışı bırakılmıştır.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

#### **3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması**

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür (1,5,33,44) bilgileri ışığında hazırlanan iki ayrı form aracılığıyla toplanmıştır. Bunlardan ilki (EK-1) "Anket Formu" dur. Formda kadınların tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik 8 soru ve evlilik süresi, çocuk sahibi olma ve kullandıkları doğum kontrol yöntemleri, IVF tedavisi ve gebelik durumlarına ilişkin 9 soru olmak üzere toplam 17 soru bulunmaktadır.

Diğer form (EK-2) "Sıkıntı/Sorun Belirleme Formu" dur. Formda IVF tedavisi gören kadınların yaşadıkları sıkıntı ve sorunları belirlemek amacıyla 22 ifade bulunmaktadır. Bu ifadelerin "evet" ve "hayır" şeklinde işaretlenmesi istenmektedir. "Evet" ya da "hayır" yanıtının ardından bu durumun kendisini ne kadar etkilediği sorulmuş "ara sıra" "çoğunlukla" ve "her zaman" seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenmiştir. "Sıkıntı/Sorun Belirleme Formu" nun oluşturulması aşamasında soru biçimi ve içerik açısından alanında uzman dört öğretim üyesinin uzman görüşleri alınmıştır.

#### **3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulanması**

Veri toplama araçlarının işlerliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, belirtilen hastanelerin yardımcı üreme teknikleri ünitelerinde 15 kadına (örneklem %10'u) ön uygulama yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda veri toplama araçları yeniden yapılandırılmıştır. Toplanan veriler araştırmaya dahil edilmemiştir.

#### **3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veriler, etik kurul onayı ve gerekli kurum izinleri alındıktan sonra, örneklem grubunu oluşturan kurum yöneticilerinin bilgisi dâhilinde kadınlarla görüşülerek araştırmanın amacı ve yöntemi, araştırmada kullanılacak olan anketlerle ilgili açıklama yapıldıktan sonra veri toplama araçları uygulanmıştır. Kadınlara ihtiyaçları doğrultusunda anketin okunmasında ve işaretlenmesinde destek olunmuştur. Kadınlarla görüşme yapabileceği özel bir oda olmadığı için veriler poliklinik ortamında ve genelde poliklinik sırası beklerken, muayene sonrası ve uyandırma odasında işlem sonrası dinlenirlerken toplanmıştır.

### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Araştırmanın niteliksel gruplu değişkenler arasındaki ilişki ki-kare ile test edilmiştir. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmanın yapılabilmesi için Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (EK-2), İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (EK-3), İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (EK-4), Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EK-5) ve GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EK-6) Etik Kurullarından onay alınmıştır. Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak “aydınlatılmış onam” ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek “gizlilik ve gizliliğin korunması” ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de “özerkliğe saygı” ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Araştırmanın evrenini 6 hastane oluşturmasına karşın ancak 3 hastaneden veri toplanabilmiştir. Araştırmacının kadınlarla görüşme yapabileceği özel bir oda olmadığı için veriler poliklinik ortamında toplanmıştır. Ayrıca araştırmanın genellenebilirliği uygulamanın yapıldığı hastaneler ile sınırlıdır.

## 4. BULGULAR

İn-vitro fertilizasyon tedavisi görmekte olan kadınların tedavi sürecinde yaşadıkları sıkıntı/stres kaynaklarını tanımlamak amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıda verilen bulgular elde edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bulgular Çizelge 4.1’de sunulmuştur. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır. Kadınların %43,7’si 30-35 yaş grubunda ve %55’inin ilköğretim mezunu olduğu, %58,3’ünün bir işte çalışmadığı ve %90,7’sinin sosyal güvencesinin bulunduğu belirlenmiştir. Kadınların %61,6’sının aylık gelir durumunun “gelir gidere eşit” ve %66,2’sinin İstanbul merkezde yaşadığı saptanmıştır. Kadınların %57’sinin en uzun süre yaşadığı yerin büyük şehir olduğu ve %78,8’sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir.

**Çizelge 4.1.** Kadınların Tanıtıcı Özellikleri

Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
25-29	48	31,8
30-35	66	43,7
36-40	37	24,5
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Okuryazar değil	7	4,6
İlköğretim	83	55,0
Lise	35	23,2
Üniversite	26	17,2
<b>Gelir getiren işte çalışma durumu</b>		
Çalışıyorum	63	41,7
Çalışmıyorum	88	58,3
<b>Sosyal güvencesi</b>		
Var	137	90,7
Yok	14	9,3
<b>Aylık gelir durumu</b>		
Gelir giderden az	45	29,8
Gelir gidere eşit	93	61,6
Gelir giderden fazla	13	8,6
<b>Nerede yaşıyor</b>		
İstanbul merkezde	100	66,2
İstanbul’un ilçesinde/köyünde	39	25,8
Başka bir ilde	12	7,9
<b>En uzun süre yaşadığı yer</b>		
Büyük şehir	86	57,0
İl	16	10,6
İlçe	17	11,3
Köy	32	21,2
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	119	78,8
Geniş aile	32	21,2

Araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bulgular Çizelge 4,1’de sunulmuştur. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır. Kadınların %43,7’si 30-35 yaş grubunda ve %55’inin ilköğretim mezunu olduğu, %58,3’ünün bir işte çalışmadığı ve %90,7’sinin sosyal güvencesinin bulunduğu belirlenmiştir. Kadınların %61,6’sının aylık gelir durumunun “gelir gidere eşit” ve %66,2’sinin İstanbul merkezde yaşadığı saptanmıştır. Kadınların %57’sinin en uzun süre yaşadığı yerin büyük şehir olduğu ve %78,8’sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir.

**Çizelge 4.2.** Kadınların Evlilik Süresi, Çocuk Sahibi Olma ve Kullandıkları Doğum Kontrol Yöntemlerine Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
<b>Evlilik süresi</b>		
2-5 yıl	74	49,0
6-10 yıl	41	27,2
11 yıl ve ↑	36	23,8
<b>Ne kadar süredir korunmadıkları halde çocuk sahibi olamadıkları</b>		
5 yıl ve ↓	66	43,7
6 yıl ve ↑	85	56,3
<b>Çocuk sahibi olamamanın kimden kaynaklandığı</b>		
Kendisi	38	25,2
Eşi	62	41,1
Her ikisi	23	15,2
Nedeni belli değil	28	18,5
<b>İnfertilite tanısı konulmadan önce doğum kontrol yöntemi kullanma durumu</b>		
Kullandı	24	15,9
Kullanmadı	127	84,1
<b>Hangi doğum kontrol yöntemini kullandığı</b>		
Geri çekme	8	33,3
Kondom	8	33,3
Oral kontraseptifler	5	20,8
Rahim içi araç	3	12,5
<b>Doğum kontrol yöntemini ne kadar süre kullandığı</b>		
1 yıl	13	54,2
2 yıl ve ↑	11	45,8

Kadınların %49'unun evlilik süresinin 2-5 yıl arasında olduğu, %56,3'ünün 6 yıl ve daha uzun süre korunmadıkları halde çocuk sahibi olamadıkları, kadınların %41,1'inin eşine ait bir nedenden dolayı çocuk sahibi olamadığı saptanmıştır. Kadınların %84,1'inin infertilite tanısı konulmadan önce doğum kontrol yöntemi kullanmadığı, %33,3'ünün doğum kontrol yöntemi olarak geri çekme ve yine %33,3'ünün kondom kullandığı tespit edilmiştir. Kadınların %54,2'sinin 1 yıl süre ile doğum kontrol yöntemi kullandığı belirlenmiştir (Çizelge 4,2).

**Çizelge 4.3.** Kadınların IVF Tedavisi ve Gebelik Durumlarına İlişkin Özellikler

Özellikler	n	%
<b>Daha önce IVF tedavisi alma durumu</b>		
Evet	64	42,4
Hayır	87	57,6
<b>Daha önce kaç kez IVF tedavisi gördüğü</b>		
Bir	38	59,4
İki	15	23,4
Üç	11	17,2
<b>Daha önceki IVF tedavisinde gebelik gerçekleşme durumu</b>		
Evet	8	12,5
Hayır	56	87,5
<b>Gebeliğin nasıl sonlandığı</b>		
Hormon yetersizliği sebebi ile gebelik sürdürülemedi	2	25,0
Spontan abortus	3	37,5
Kürtaj	3	37,5
<b>İVF tedavisinin hangi aşamasında olduğu</b>		
Yumurtalıkların ilaçlarla uyarılması (stimülasyon ve takip)	103	68,2
Yumurtaların toplanması	24	15,9
Yumurtaların laboratuvar ortamında döllenişi ve oluşan embriyoların geliştirilmesi	4	2,6
Oluşan embriyoların anne adayına geri yerleştirilmesi (embriyo transferi)	20	13,2

Kadınların %57,6'sının hayatında ilk kez IVF tedavisi gördüğü belirlenmiştir. Daha önce IVF tedavisi gören kadınların %59,4'ünün sadece bir kez tedavi gördüğü saptanmıştır. Tedavi alanlardan %87,5'inde gebeliğin gerçekleşmediği, gebeliği gerçekleştirenlerin ise %37,5'inin gebeliği spontan abortus ve kürtaj ile sonlandığı

bulunmuştur. Kadınların %68,2'sinin tedavinin yumurtalıkların ilaçlarla uyarılması aşamasında olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.3).

**Çizelge 4.4. IVF Tedavisi Gören Kadınların Yaşadıkları Sıkıntı ve Sorunlar**

<b>Sıkıntı/Sorunlar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Etkilenme Düzeyleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Çevrenizdeki insanlar çocuk sahibi olmakla ilgili konularda konuşmaya başladığında rahatsız oluyor musunuz?					
Evet	98	64,9	Arasıra	48	49,0
Hayır	53	35,1	Çoğunlukla	28	28,6
			Her Zaman	22	22,4
Çevrenizdeki insanların çocuk sahibi olmakla ilgili soru sormaları canınızı sıkıyor mu?					
Evet	115	76,2	Arasıra	47	40,9
Hayır	36	23,8	Çoğunlukla	46	40,0
			Her Zaman	22	19,1
İnfertilite (kısırlık) tedavisi gördüğünüzü insanlardan saklıyor musunuz?					
Evet	47	31,1	Arasıra	20	42,6
Hayır	104	68,9	Çoğunlukla	17	36,2
			Her Zaman	10	21,3
Çevrenizdeki insanların tedaviyle ilgili soru sormaları canınızı sıkıyor mu?					
Evet	82	54,3	Arasıra	39	47,6
Hayır	69	45,7	Çoğunlukla	28	34,1
			Her Zaman	15	18,3
Tedavi süresince akrabalarınız size destek oluyorlar mı?					
Evet	112	74,2	Arasıra	18	46,2
Hayır	39	25,8	Çoğunlukla	13	33,3
			Her Zaman	8	20,5
Tedavi süresince arkadaşlarınız size destek oluyorlar mı?					
Evet	110	72,8	Arasıra	18	43,9
Hayır	41	27,2	Çoğunlukla	17	41,5
			Her Zaman	6	14,6
Tedavinin başarısız olacağı korkusunu yaşıyor musunuz?					
Evet	127	84,1	Arasıra	44	34,6
Hayır	24	15,9	Çoğunlukla	46	36,2
			Her Zaman	37	29,1
Tedavi ile ilgili olumsuz bir gelişme oldu mu?					
Evet	28	18,5	Arasıra	12	42,9
Hayır	123	81,5	Çoğunlukla	12	42,9
			Her Zaman	4	14,3
Merkeze geldiğiniz günlerde kendinizi gergin ve huzursuz hissediyor musunuz?					
Evet	111	73,5	Arasıra	64	57,7
Hayır	40	26,5	Çoğunlukla	35	31,5
			Her Zaman	12	10,8
Tedavi ile ilgili resmi işlemlerle uğraşmak canınızı sıkıyor mu?					
Evet	95	62,9	Arasıra	31	32,6
Hayır	56	37,1	Çoğunlukla	39	41,1
			Her Zaman	25	26,3
Merkezle ev arasında gidiş-gelişler sizi yoruyor mu?					
Evet	117	77,5	Arasıra	42	35,9
Hayır	34	22,5	Çoğunlukla	41	35,0
			Her Zaman	34	29,1



**Çizelge 4.4.** (devam) IVF Tedavisi Gören Kadınların Yaşadıkları Sıkıntı ve Sorunlar

Sıkıntı/Sorunlar	n	%	Etkilenme Düzeyleri	n	%
Merkeze ait fiziki şartlardan memnun musunuz?			Arasıra	13	56,5
Evet	128	84,8	Çoğunlukla	7	30,4
Hayır	23	15,2	Her Zaman	3	13,0
Tedavi giderlerini karşılama konusunda sıkıntı yaşıyor musunuz?			Arasıra	35	35,4
Evet	99	65,6	Çoğunlukla	46	46,5
Hayır	52	34,4	Her Zaman	18	18,2
Tedavi süreciyle ilgili yeterince bilgilendiriliyor musunuz?			Arasıra	20	58,8
Evet	117	77,5	Çoğunlukla	10	29,4
Hayır	34	22,5	Her Zaman	4	11,8
Doktorun genel olarak size yaklaşımından memnun musunuz?			Arasıra	3	50,0
Evet	145	96,0	Çoğunlukla	1	16,7
Hayır	6	4,0	Her Zaman	2	33,3
Hemşirelerin genel olarak size yaklaşımından memnun musunuz?			Arasıra	9	75,0
Evet	139	92,1	Çoğunlukla	2	16,7
Hayır	12	7,9	Her Zaman	1	8,3
Memur ve görevlilerin genel olarak size yaklaşımından memnun musunuz?			Arasıra	9	34,6
Evet	135	82,8	Çoğunlukla	12	46,2
Hayır	26	17,2	Her Zaman	5	19,2
Tanı ve tedavi amacıyla uygulanan işlemler sırasında canınız acıyor mu?			Arasıra	43	55,1
Evet	78	51,7	Çoğunlukla	32	41,0
Hayır	73	48,3	Her Zaman	3	3,8
Tedavinin eşinize değil de size uygulanıyor olmasından rahatsız oluyor musunuz?			Arasıra	26	60,5
Evet	43	28,5	Çoğunlukla	10	23,3
Hayır	108	71,5	Her Zaman	7	16,3
Eşinizin sizi suçladığını düşünüyor musunuz?			Arasıra	5	55,6
Evet	9	6,0	Çoğunlukla	2	22,2
Hayır	142	94,0	Her Zaman	2	22,2
Tedavi süresince eşinizle cinsel ilişki sayısı ve sıklığınızda azalma oldu mu?			Arasıra	45	62,5
Evet	72	47,7	Çoğunlukla	23	31,9
Hayır	79	52,3	Her Zaman	4	5,6
Tedavi süresince eşinizin size destek olduğuna inanıyor musunuz?			Arasıra	4	50,0
Evet	143	94,7	Çoğunlukla	2	25,0
Hayır	8	5,3	Her Zaman	2	25,0

Kadınların %64,9'unun çevresindeki insanların çocuk sahibi olmakla ilgili konularda konuşmaya başladığında rahatsız olduğu ve %49'unun bu durumdan ara sıra etkilendiği, %76,2'sinin çevresindeki insanların çocuk sahibi olmakla ilgili soru sormalarının canını sıktığı ve %40,9'unun bu durumdan arasıra etkilendiği bulunmuştur (Çizelge 4.4).

Kadınların %68,9'unun infertilite tedavisi gördüğünü insanlardan sakladığı ve %42,6'sının bu durumdan arasıra etkilendiği belirlenmiştir. Kadınlar infertilite tedavisi gördüğünü saklama nedenlerini önyargılar, rahatsız edici yorumlar (%46,8, n:22), olumsuz sonuçlanmasından korkma (%38,3, n:18), açıklama yapmak istememe (%10,6, n:5) ve sürpriz olmasını isteme (%4,3, n:2) olarak belirtmiştir. Kadınların %54,3'ü çevresindeki insanların tedaviyle ilgili soru sormalarının canını sıktığı ve %47,6'sının bu durumdan ara sıra etkilendiği belirlenmiştir (Çizelge 4.4).

Kadınların %25,8'inin tedavi süresince akrabaları tarafından desteklenmediği ve %46,2'sinin bu durumdan arasıra etkilendiği belirlenmiştir. Tedavi süresinde kadına eşi ve birinci dereceden akrabaları (%65, 2, n:73), eşi (%30, 4, n:34) ve birinci dereceden yakın akrabaları (%4,5, n:5) destek olmuştur (Çizelge 4.4).

Kadınların %27,2'sinin tedavi süresince arkadaşları tarafından desteklenmediği ve %43,9'unun bu durumdan arasıra etkilendiği belirlenmiştir. Kadınların %84,1'inin tedavinin başarısız olacağından korktuğu ve %36,2'sinin bu durumdan çoğunlukla etkilendiği tespit edilmiştir (Çizelge 4.4).

Kadınların %18, 5'inde tedavi ile ilgili olumsuz bir gelişme olduğu ve %42,9'unun bu durumdan ara sıra ve çoğunlukla etkilendiği belirlenmiştir. Tedavi ile ilgili; ilaca rağmen yumurtanın az olması (%32,1, n:9), ilaca rağmen yumurta gelişiminin yavaş olması (%28, 6, n:8) ve ilaç yan etkilerinin olması (bulantı, kusma, kilo alma, şişkinlik, sıkıntı hali vb.) (%39,3, n:11) gibi olumsuz gelişmeler belirtilmiştir (Çizelge 4.4).

Kadınların %73,5'inin merkeze geldiği günlerde kendini gergin ve huzursuz hissettiği ve %57,7'sinin bu durumdan ara sıra etkilendiği, %62,9'unun tedavi ile ilgili resmi işlemlerle uğraşmanın canını sıktığı ve %41,1'inin bu durumdan çoğunlukla etkilendiği bulunmuştur (Çizelge 4.4).

Kadınların %77,5'inin merkezle ev arasında gidiş-gelişlerden yorulduğu ve %35,9'unun bu durumdan ara sıra etkilendiği tespit edilmiştir. Kadınların %15, 2'sinin merkeze ait fiziki şartlardan memnun olmadığı ve %56,5'inin bu durumdan ara sıra

etkilendiği belirlenmiştir. Kadınların merkezdeki kalabalıktan (% 39,1, n:9), binaların eski olmasından (%17,4, n:4), ortamın dar ve sıkışık olmasından (%21,7, n:5) ve hastalar için ayrılan alanların yetersiz olmasından (%21,7, n:5) rahatsız oldukları belirlenmiştir (Çizelge 4.4).

Kadınların %65,6'sının tedavi giderlerini karşılama konusunda sıkıntı yaşadıkları ve %46,5'inin bu durumdan çoğunlukla etkilendikleri, %22, 5'inin tedavi süreciyle ilgili yeterince bilgilendirilmediği ve %58,8'inin bu durumdan ara sıra etkilendiği bulunmuştur (Çizelge 4.4).

Kadınların %4'ünün doktorun genel olarak yaklaşımından memnun olmadığı ve %50'sinin bu durumdan ara sıra etkilendiği görülmüştür. Kadınlar, doktoru tarafından yeterince bilgilendirilmedikleri (%50, n:3) ve daha sık görüşemediklerini (%50, n:3) belirtmişlerdir (Çizelge 4.4).

Kadınların %7, 9'unun hemşirelerin genel olarak yaklaşımından memnun olmadığını ve %75'inin bu durumdan ara sıra etkilendiği tespit edilmiştir. Kadınlar, hemşirelerin yeterli bilgi vermemeleri (%25, n:3), ilgisizlikleri (%16,7, n:2), iş stresini hastalara yansıtmaları (%33,3, n:4) ve sayıca az olmalarından (%25, n:3) rahatsız olduklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.4).

Kadınların %17, 2'sinin memur ve görevlilerin genel olarak yaklaşımından memnun olmadıkları ve %46,2'sinin bu durumdan çoğunlukla etkilendikleri belirlenmiştir. Kadınların, memur ve görevlilerin güler yüzlü, hassas ve anlayışlı olmamaları (%34,6, n:9), detaylı bilgi vermemeleri (%15,4, n:4), sorulara yüksek sesle ve gergin bir şekilde yanıt vermeleri (%15,4, n:4) ve aceleci ve sabırsız davranmalarından (%34,6, n:9) rahatsız oldukları belirlenmiştir (Çizelge 4.4).

Kadınların %51,7'sinin tanı ve tedavi amacıyla uygulanan işlemler sırasında canının acıdığını ve %55,1'inin bu durumdan ara sıra etkilendiği belirlenmiştir. Kadınlar, rahim filmi (% 62,8, n:49) yumurta toplama (%15,4, n:12), muayene (%9, n:7), kan alma (%6,4, n:5) ve iğne (%6,4, n:5) uygulamaları sırasında canının acıdığını belirtmiştir. Kadınların %28, 5'inin tedavinin eşine değil de kendisine uygulanıyor olmasından rahatsız olduğu ve %60, 5'inin bu durumdan ara sıra etkilendiği bulunmuştur (Çizelge 4.4).

Kadınların % 9'unun eşi tarafından suçlandığı ve %55,6'sının bu durumdan ara sıra etkilendiği belirlenmiştir. Kadınlar, eşleri tarafından kısırlık (%44,4, n:4), tedaviden

önce gebe kalmama (%22,2, n:2), tedavileri doğru şekilde uygulamama (%33,3, n:3) konularında suçlandıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 4.4).

Kadınların %47,7'sinin tedavi süresince eşyle cinsel ilişki sayısı ve sıklığında bir azalma olduğu ve %62,5'inin bu durumdan ara sıra etkilendiği belirlenmiştir. Kadınların %5,3'ünün tedavi süresince eşinin destek olmadığı ve %50'sinin bu durumdan ara sıra etkilendiği belirlenmiştir. (Çizelge 4.4).

**Çizelge 4.5.** Kadınların aylık gelirlerine göre infertilite tedavisini insanlardan saklama ve tedavinin başarısız olacağı korkusu

Sıkıntı/Sorunlar	Aylık gelir durumu						p
	Gelir giderden az		Gelir gidere eşit		Gelir giderden fazla		
	n	%	n	%	n	%	
İnfertilite tedavisi gördüğünü İnsanlardan saklama durumu							
Evet	11	%24,4	28	%30,1	8	%61,5	X <sup>2</sup> =6,591 p=0,037
Hayır	34	%75,6	65	%69,9	5	%38,5	
Tedavinin başarısız olacağı korkusunu yaşama durumu							
Evet	43	%95,6	75	%80,6	9	%69,2	X <sup>2</sup> =7,398 p=0,025
Hayır	2	%4,4	18	%19,4	4	%30,8	

Geliri giderinden fazla olan kadınların çoğunluğunun (% 61,5) infertilite tedavisi gördüğünü insanlardan sakladığı belirlenmiştir. Gelir giderinden az olanlarda ise bu rakam %24,4'dür. Yapılan değerlendirmede, kadınların aylık gelirleri ve infertilite tedavisi gördüğünü insanlardan saklama durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,037). (Çizelge 4.5).

Geliri giderinden az olan kadınların önemli bir kısmı (%95,6) infertilite tedavisinin başarısız olmasından korktuklarını ifade etmişlerdir. Gelir giderinden fazla

olanlarda ise bu rakam %69,2'dir. Kadınların aylık gelirleri ve tedavinin başarısız olacağı korkusunu yaşama durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,025). (Çizelge 4.5).

**Çizelge 4.6.** Kadınların çocuk sahibi olamamasının kimden kaynaklandığına göre insanların çocuk sahibi olmakla ilgili soru sormalarının rahatsız etme durumu

Sıkıntı/Sorunlar	Çocuk sahibi olamamanın kimden kaynaklandığı								p
	Kendisi		Eşi		Her ikisi		Nedeni belli değil		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Çevresindeki insanların çocuk sahibi olmakla ilgili soru sormalarının rahatsız etme durumu									
Evet	30	%78,9	41	%66,1	17	%73,9	27	%96,4	X <sup>2</sup> =9,998 p=0,019
Hayır	8	%21,1	21	%33,9	6	%26,1	1	%3,6	
Merkeze geldiği günlerde kendisini gergin ve huzursuz hissetme durumu									
Evet	30	%78,9	40	%64,5	15	%65,2	26	%92,9	X <sup>2</sup> =9,347 p=0,025
Hayır	8	%21,1	22	%35,5	8	%34,8	2	%7,1	

Çocuk sahibi olamamasının kimden kaynaklandığı belli olmayan kadınların büyük bir kısmının (96,4) insanların çocuk sahibi olmakla ilgili soru sormalarından rahatsız oldukları bulunmuştur. Bu rakam nedenin eşinden kaynaklandığını belirten kadınlarda %66,1'dir. Yapılan değerlendirmede, kadınların çocuk sahibi olamamasının kimden kaynaklandığı ve insanların çocuk sahibi olmakla ilgili soru sormalarından rahatsız olma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,019). (Çizelge 4.6).

Çocuk sahibi olamamanın kimden kaynaklandığı belli olmayan kadınların çoğunluğunun (92,9) merkeze geldiği günlerde kendisini gergin ve huzursuz hissettiği bulunmuştur. Nedenin kendisinden kaynaklandığını belirtenlerde ise bu rakam %78,9'dur. Kadınların çocuk sahibi olamamanın kimden kaynaklandığı ve merkeze

geldiği günlerde kendisini gergin ve huzursuz hissetme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,025$ ). (Çizelge 4.6).

## 5. TARTIŞMA

IVF tedavisi alan kadınların stres yaratan faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Kadınların %64,9'unun çevresindeki insanların çocuk sahibi olmakla ilgili konularda konuşmaya başladığında rahatsız olduğu ve %76,2'sinin çevresindeki insanların çocuk sahibi olmakla ilgili soru sormalarının canını sıktığı bulunmuştur. IVF tedavisi gören kadınlara çocuk sahibi olmaktan bahsedilmesi ve bu konuda soru sorulmasının bir sıkıntı kaynağı olduğu düşünülmektedir. 2012 yılında Topdemir ve Koçyiğit'in çalışmalarında infertilite tedavisi gören kadınların "kendisine çocukla ilgili sorulan sorularla yıprandıkları, suçluluk hissettikleri, horlandıkları, dışlandıkları, boşanma veya kuma ile tehdit edildikleri" belirlenmiştir (37). İlerisoy'un (45) çalışmasında infertilite tedavisi gören kadınlar, sosyal çevrelerinin "neden hala çocuk yapmadınız, tedaviyi geciktirdiniz?" şeklindeki sorularını rahatsız edici ve damgalayıcı olarak nitelendirmişlerdir. Bu çalışmaların bulgumuzla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Kırca (46) kadınların %63, 7'sinin çevrelerindeki insanların çocuk sahibi olmakla ilgili soru sormalarından rahatsız olduklarını belirtmektedir. Bu çalışmaların bulgumuzla benzerlik göstermektedir.

Kadınların %68,9'unun infertilite tedavisi gördüğünü önyargılar, rahatsız edici yorumlar, olumsuz sonuçlanmasından korkma, açıklama yapmak istememe ve sürpriz olmasını isteme gibi nedenlerle insanlardan sakladığı belirlenmiştir. IVF tedavisi gören kadınlar kendilerini 'farklı' ya da 'kusurlu' gibi görüp utanırlar. Destek ve öneriye açık olan kadın acınma ve merhamet istemez. Başkalarından durumu saklama ihtiyacı doğabilir (1). İlerisoy'un çalışmasında (45) kadınların infertilite tedavisi ile ilgili paylaşımlarını olumsuz tutumlardan uzak durmak amacıyla aile ve az sayıda arkadaş çevresiyle sınırlandırdıkları belirtilmiştir. Bu sonuçlar çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir. Kırca'nın çalışmasında (46) infertil kadınlar ile ilgili çalışmasında kadınların %62, 3'ünün çevresindeki insanların tüp bebek tedavisi ile ilgili yanlış inanışlarından dolayı öfke ve kızgınlık duygusu yaşadıkları belirtilmektedir.

Kadınların %54,3'ünün çevresindeki insanların tedaviyle ilgili soru sormalarının canını sıktığı bulunmuştur. Çevredeki insanların tedavi ile ilgili soru sormaları kadınlar

üzerindeki baskıyı arttırarak kaygı deneyimlemelerine yol açabilir. Özellikle merak içeren sorular olursa yaşanan stres de artacaktır. Nitekim infertilite tedavisi gören kadınların stres düzeyi ile gebe kalma oranları arasında ters yönde bir ilişki olduğu belirtilmiştir (7). Kırca (46) çalışmasında infertilite tedavisi gören kadınların %62,3'ünün çevresindeki insanların tüp bebek tedavisi ile ilgili yanlış inanışlarından dolayı öfke ve kızgınlık duygusu yaşadıkları bulunmuştur. Literatür de bu bulguyu destekler niteliktedir.

Kadınların %74,2'sinin tedavi süresince eşi ve birinci dereceden akrabaları ve %72,8'inin ise arkadaşları tarafından desteklendiği saptanmıştır. 2014 yılında Hasanpour ve ark.'nın (47) çalışmalarında aileden alınan sosyal desteğin infertil kadınlarda ruh sağlığını etkileyen önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir. Kırca'nın çalışmasında (46) IVF tedavisi sürecinde kadınların %81,9'unun kendi ailesi, %65,2'sinin yakın çevresi ve %52'sinin eşinin ailesi tarafından desteklendikleri saptanmıştır. Bu çalışmalar, bulgularımızı destekler niteliktedir.

Kadınları %84,1'inin tedavinin başarısız olacağından korktuğu belirlenmiştir. IVF tedavisinde gebeliğin gerçekleşme ihtimalinin düşük olması kadınların başarısızlık korkusu yaşamalarına yol açabilir. Kadınlar için IVF deneyiminin umut ve umutsuzluk arasında gidiş gelişlerin yaşandığı bir süreç olduğu düşünülmektedir. Groh and Wagner'ın (48) yaptıkları çalışmada IVF tedavisinde sonucu beklemenin çiftler için stresli ve duygusal olarak yıpratıcı olabileceği belirtilmiştir.

Kadınların %18,5'inde tedavi ile ilgili olumsuz gelişmeler belirlenmiştir. Bunlar ilaca rağmen yumurtanın az olması, yumurta gelişiminin yavaş olması ve ilaç yan etkileridir (bulantı, kusma, kilo alma, şişkinlik, sıkıntı hali vb.).

Kadınların %73,5'inin merkeze geldiği günlerde kendini gergin ve huzursuz hissettiği belirlenmiştir. IVF tedavisi zor ve yıpratıcı bir süreç olduğundan kadınların merkeze geldikleri günlerde gergin ve huzursuz olabileceği düşünülmektedir. IVF tedavisi kadınlarda hoşnutsuzluk ve duygusal tükenmişliğe yol açmaktadır (49). Su ve ark.'nın çalışmasında (9) IVF tedavisine devam etmekte olan kadınlarda etmeyenlere göre anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür bu çalışma bulgusunu destekler niteliktedir.

Kadınların %62,9'unun tedavi ile ilgili resmi işlemlerle uğraşmanın canını sıkıdığı bulunmuştur. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 63. maddesinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri finansmanı sağlanacak



sağlık hizmetleri arasında sayılmış ve genel şartlar belirtilmiştir. Ayrıca Sağlık Uygulama Tebliği'nin 4.5.4.K- yardımcı üreme yöntemi tedavileri adlı maddesinde en fazla iki deneme (siklus) ile sınırlı olmak üzere uygulanan IVF tedavilerine ilişkin giderler, belirlenen şartların gerçekleşmesi halinde kurumca karşılanmaktadır. Bu nedenle IVF tedavisinde resmi işlemlerle uğraşmanın yorucu ve can sıkıcı bir süreç olduğu düşünülebilir (50).

Kadınların %77,5'inin merkezle ev arasında gidiş-gelişlerden yorulduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın örneklem grubunu İstanbul merkez, ilçeleri ve başka illerden gelen kadınlar oluşturduğu için merkeze gidiş gelişler güçlük yaratabilmektedir.

Kadınların %15,2'sinin merkeze ait fiziki şartlar olan kalabalıktan, binaların eski olmasından, ortamın dar ve sıkışık olmasından ve hastalar için ayrılan alanların yetersiz olmasından memnun olmadıkları belirlenmiştir. Doğurganlık ve doğurganlık tedavilerinin stres anksiyete ve depresyondan etkilenebilmektedir (7).

Kadınların %65,6'sının tedavi giderlerini karşılama konusunda sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir. IVF tedavisi fiziksel, psikolojik ve finansal yükleri olan bir tedavidir (16). Kırcı'nın çalışmasında (46) infertil kadınların psikososyal sorunların belirlemek için yaptıkları çalışmalarında kadınların %51,5'inin tedavi giderlerini karşılamakta sıkıntı çekerek ekonomik zorluklar yaşadığı, ortaya çıkmıştır. Bu çalışma bulgumuzla paralellik göstermektedir.

Kadınların %22,5'inin tedavi süreciyle ilgili yeterince bilgilendirilmediği bulunmuştur. Ülkemizde infertil birey ve çiftlerin haklarını da içeren "Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (International Planned Parenthood Federation=IPPF) Üreme ve Cinsel Haklar Bildirgesi" gibi uluslararası sözleşmelere imza atılmış olmasına rağmen infertil bireye verilen sağlık durumuna ilişkin bilgilendirme, eğitim ve danışmanlık hizmetleri halen yetersiz durumdadır (10).

Kadınların %4'ünün doktorun yeterince bilgilendirmemesi ve daha sık görüşmemekten yakındıkları belirlenmiştir. Hastaların büyük kısmının doktorundan memnun olduğu söylenebilir. Hastaların doktor seçme hakkının olması memnuniyeti arttırmış olabilir. Ayrıca doktorun hastaya ayırdığı zamanın kısa olması nedeniyle şikayetlerin iletilip tartışıldığı bir ortamın oluşmaması da memnuniyetsizliği düşüren bir etken olabilir. Leite ve ark. (51) infertilite konsültasyonu sırasında doktorların iletişim becerilerini değerlendirdikleri çalışmada, kadın hastaların memnuniyet düzeyi ortalama

9,4 bulunmuştur (0-10 arasında değişen skalaya göre). Bu çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Kadınların %7,9'unun hemşirelerin yeterli bilgi vermemeleri, ilgisizlikleri, iş stresini hastalara yansıtmaları ve sayıca az olmalarından memnun olmadıklarını belirtmişlerdir.

İnfertilite merkezleri, hemşirelerden “infertilite hemşiresinin rol ve sorumlulukları” doğrultusunda hizmet vermelerini beklememektedir. İnfertilite hemşireliği Türkiye’de henüz tanımlanmamış ve yeni gelişmekte olan bir alandır (52). Bu durum hemşirelerin öncelikle iş odaklı çalışmalarına ve hasta bakımını göz ardı etmelerine yol açabilmektedir.

Kadınların %17,2'sinin memur ve görevlilerin güleryüzlü, hassas ve anlayışlı davranmamaları, detaylı bilgi vermemeleri, sorulara yüksek sesle ve gergin bir şekilde yanıt vermeleri ve aceleci ve sabırsız davranmalarından şikâyetçi oldukları belirlenmiştir. Kadınların sorun ve şikâyetlerini ilk ilettikleri kişiler memur ve görevliler olmaktadır. Bu sorun ve şikâyetlerin genellikle; resmi işlemler, mali işler, tedaviyle ilgili anlaşılamayan konular, yer sorma, doktor ve hemşirenin nerede olduğu, ne zaman gelecekleri, mekanla ilgili şikâyetler, muayene sırası ve randevuya ilişkin konuları içerdiği düşünülmektedir. Bu nedenle kadınların memur ve görevlilerden, doktor ve hemşirelere nispeten daha az memnun oldukları düşünülmektedir.

Kadınların %51,7'si tanı ve tedavi amacıyla uygulanan rahim filmi, yumurta toplama, muayene, kan alma ve iğne uygulamaları sırasında canının acıdığını belirtmişlerdir. Hammarber ve ark.'nın çalışmalarında (53) IVF tedavisi gören kadınların sırasıyla %52'si yumurta toplama, %32'si kaç folikül geliştiğine bakma, %29'u embriyo transferi, %29'u enjeksiyon ve %14'ü vajinal ultrason işlemlerini son derece stresli durumlar olarak nitelendirdikleri belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçları bulgularımız ile benzerlik göstermektedir.

Kadınların %71,5'inin tedavinin eşine değil de kendisine uygulanıyor olmasından rahatsız olmadığı belirlenmiştir. Kadın için çocuk sahibi olmanın anlam ve önemini tüm o zorlayıcı aşamaların kendi bedenine uygulanmasına müsaade edecek kadar büyük olduğu düşünülmektedir. Kırca (46) çalışmasında infertilite tedavisi gören kadınların %77'sinin çocuk sahibi olmayı “hayatlarındaki en önemli şey ve hayatın merkezinde yer alan bir durum” olarak nitelendirdikleri bulunmuştur. İnfertilite nedeni erkekde bile olsa karmaşık girişimsel tedavi yöntemlerine maruz kalan genellikle

kadıdır (1) ve kadınlar erkeklere göre daha fazla stres deneyimlemektedirler (7). Tedavide birçok stresöre maruz kalan kadının toplumsal rollerinin gereği olarak sabırlı, anlayışlı ve özverili davranışlar sergilediği düşünülmektedir.

Kadınların %9'u eşleri tarafından "kısır olduğu, tedaviden önce neden gebe kalmadığı, tedavileri doğru şekilde uygulamadığı" için suçlandıklarını belirtmişlerdir. IVF tedavisi karmaşık ve girişimsel hale gelmeye başladıkça çiftlerde anksiyete artar ve birbirlerine karşı öfke tepkileri vermeye başlarlar. İnfertiliteye yönelik anlamlı bir açıklama arayışına girme çabaları eşleri geçmişte cezalandırılmayı gerektiren hatalı davranışları, kötü olayları taramaya yöneltir. Eşler düşmanlık ve kin duyguları ile kendisini ya da ötekini suçlamaya başlayabilir.

İnfertiliteye yönelik anlamlı bir açıklama arayışına girme çabaları eşleri geçmişte cezalandırılmayı gerektiren hatalı davranışları, kötü olayları taramaya yöneltir. Eşler düşmanlık ve kin duyguları ile kendisini ya da ötekini suçlamaya başlayabilir (1).

Kadınların %47,7'sinin tedavi süresince eşyle cinsel ilişki sayısı ve sıklığında bir azalma olduğu belirlenmiştir. İnfertilite tedavisi için yapılan testler ve uygulamalar nedeniyle cinsel işlev bozuklukları oluşabilmektedir. Özellikle kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının daha yaygın olduğu belirtilmiştir (42). Kırca (46) çalışmasında infertilite tedavisi gören kadınların %52,9'u cinsel ilişkinin sağlık personeli tarafından zamanlanmasından rahatsız olduklarını ve bu durumun utanmalarına yol açtığını, gizliliğin kaybolduğunu ve özel yaşamın ifşa edildiğini belirtmişlerdir. Bunlar çalışma bulgusunu destekler niteliktedir.

Kadınların %94,7'sinin tedavi süresince eşinin destek olduğu belirlenmiştir. IVF tedavisinde eşler arasında paylaşılan ortak ideal, hayal ve amacın aralarındaki desteği arttırabileceği düşünülmektedir. Dilek ve Beji'nin çalışmasında (13) yardımcı üreme teknikleri ile tedavi olan çiftlerin büyük çoğunluğunun eşyle olan ilişkisinden çok memnun oldukları ve çok mutlu oldukları belirtilmiştir. Bu sonuçta bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Geliri giderinden fazla olan kadınların yarıdan fazlasının infertilite tedavisi gördüğünü insanlardan sakladığı belirlenmiştir. Kadınların gelir durumu arttıkça infertilite tedavisi gördüğünü insanlardan saklama eğiliminin de arttığı saptanmıştır. İnfertilitenin fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal etkilerinin yanı sıra maddi etkileri de vardır (4). Çift maliyeti yüksek olan infertilite tedavisi için çevresinin ekonomik yönden desteğine ihtiyaç duyabilir. Mali açıdan dışarıdan alınacak her türlü destek çevrenin bu

süreçten haberdar olacağı anlamına gelecektir. İnfertil çiftler toplumsal olarak büyük bir baskı altındadırlar ve problemin çok özel olması nedeniyle sorunu gizleme ihtiyacı duymaktadırlar (4). Gelir durumu kötü olan kadınların ister istemez infertilite tedavisi gördüklerini çevresinden gizleyemeyeceği aksine gelir durumu iyi olan kadınların bunu insanlardan saklama imkanının daha fazla olabileceği düşünülmektedir.

Geliri giderinden az olan kadınların önemli bir kısmı infertilite tedavisinin başarısız olmasından korktuklarını ifade etmişlerdir. Kadınların gelir durumu azaldıkça infertilite tedavisinin başarısız olacağı korkusunu daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir. Kırca'nın (46) çalışmasında infertilite tedavisi gören kadınların %51,5'inin tedavi giderlerini karşılamakta sıkıntı çekerek ekonomik zorluklar yaşadığını belirlemiştir. IVF tedavisinin maliyetinin yüksek olması, maddi ve manevi kayıplara yol açabilmesi sebebiyle çeşitli stresörler infertil bireyler üzerine etki ederek tedavide başarısızlıkların yaşanmasına sebep olmaktadır (15). Gelir durumu kötü olan kadınların infertilite tedavisini mali açıdan belkide karşılayabilecekleri son tedavi olarak değerlendirdikleri, bu yüzden başarısızlık kaygı ve korkusunu daha fazla yaşadıkları düşünülmektedir.

Çocuk sahibi olamamanın kimden kaynaklandığı sorulduğunda “nedeni belli değil” ve “kendim” yanıtını veren kadınların büyük bir kısmının insanların çocuk sahibi olmakla ilgili soru sormalarından rahatsız oldukları bulunmuştur. Kadınlarda infertiliteye bağlı psikososyal sorunların daha ağır yaşanmasının kültürel sebepleri vardır. Birçok kültürde kadınlarla karşılaşıldığında sorulan ilk sorular “Evli misin?”, “Çocuğun var mı?” sorularıdır (2). Çocuksuzluğun kadın yönünden psikolojik anlamı, doğuramama, kontrol kaybı, psikolojik eksiklik, kendini kadın toplumunun dışında hissetme, değersiz görme, yalnız kalma, sosyal güvence azlığı, sosyal rol eksikliği ve benlik saygısında azalmadır (12). Çocuk sahibi olamama nedeninin belli olmadığı durumlarda kadınların belirsizlik kaygısı yaşayacağı ve kendisinden kaynaklandığı durumlarda ise suçluluk duygusunu deneyimleyeceği düşünülmektedir. Bu duygu durum içindeki kadınlar çocuk sahibi olmakla ilgili sorulardan daha fazla rahatsız olabilir.

Çocuk sahibi olamamanın kimden kaynaklandığı sorulduğunda “nedeni belli değil” ve “kendim” yanıtını veren kadınların çoğunluğunun merkeze geldiği günlerde kendisini gergin ve huzursuz hissettiği bulunmuştur. Geleneksel toplumlarda çocuğu olmayan kadınların aile ismini devam ettirmek için kadının üzerlerine düşen görevi yapmadıkları kabul edilir. Daha da ötesi özellikle yaşlı kuşaklar infertilitenin tamamıyla

kadına bağlı sebeplerden ortaya çıkan bir durum olduğuna inanır (2). ocuk sahibi olamama nedeninin belli olmadığı veya kadından kaynaklandığı durumlarda kadınların kendini bu durumdan sorumlu hissettiği ve çevresi tarafından uygulanan psikolojik ve sosyal baskının daha fazla olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle merkeze gelen günlerde bu sorumluluk duygusu ve baskı nedeniyle kaygı daha fazla olabilir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

IVF tedavisi gören kadınlarda strese yol açan etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir. Araştırma kapsamındaki kadınların;

- %43,7'sinin 30-35 yaş aralığında olduğu,
- %64,9'unun çevresindeki insanların çocuk sahibi olmakla ilgili konularda konuşmaya başladığında rahatsız olduğu,
- %76,2'sinin çevresindeki insanların çocuk sahibi olmakla ilgili soru sormalarının canını sıktığı,
- %68,9'unun infertilite tedavisi gördüğünü “önyargılar, rahatsız edici yorumlar, olumsuz sonuçlanmasından korkma, açıklama yapmak istememe ve sürpriz olmasını isteme” gibi nedenlerle insanlardan sakladığı,
- %54,3'ünün çevresindeki insanların tedaviyle ilgili soru sormalarının canını sıktığı,
- %74,2'sinin tedavi süresince eşi ve birinci dereceden akrabaları tarafından desteklediği,
- %72,8'inin tedavi süresince arkadaşları tarafından desteklendiği,
- %84,1'inin tedavinin başarısız olacağından korktuğu,
- %18,5'inde tedavi ile ilgili olumsuz bir gelişme (ilaca rağmen yumurtanın az olması, yumurta gelişiminin yavaş olması ve ilaç yan etkileri) olduğu,
- %73,5'inin merkeze geldiği günlerde kendini gergin ve huzursuz hissettiği,
- %62,9'unun tedavi ile ilgili resmi işlemlerle uğraşmanın canını sıktığı,
- %77,5'inin merkezle ev arasında gidiş-gelişlerden yorulduğu,
- %15,2'sinin merkeze ait fiziki şartlar olan kalabalıktan, binaların eski olmasından, ortamın dar ve sıkışık olmasından ve hastalar için ayrılan alanların yetersiz olmasından memnun olmadığı,
- %65,6'sının tedavi giderlerini karşılama konusunda sıkıntı yaşadığı,

- %22,5'inin tedavi süreciyle ilgili yeterince bilgilendirilmediği,
- %4'ünün doktorun yeterince bilgilendirmemesi ve daha sık görüşmemekten yakındığı,
- %7,9'unun hemşirelerin yeterli bilgi vermemeleri, ilgisizlikleri, iş stresini hastalara yansıtmaları ve sayıca az olmalarından memnun olmadığı,
- %17,2'sinin memur ve görevlilerin güleryüzlü, hassas ve anlayışlı davranmamaları, detaylı bilgi vermemeleri, sorulara yüksek sesle ve gergin bir şekilde yanıt vermeleri ve aceleci ve sabırsız davranmalarından şikayetçi olduğu,
- %51,7'sinin tanı ve tedavi amacıyla uygulanan rahim filmi, yumurta toplama, muayene, kan alma ve iğne uygulamaları sırasında canının acıdığı,
- %28,5'inin tedavinin eşine değil de kendisine uygulanıyor olmasından rahatsız olduğu,
- %9'unun eşleri tarafından "kısır olduğu, tedaviden önce neden gebe kalmadığı, tedavileri doğru şekilde uygulamadığı" için suçlandığı,
- %47,7'sinin tedavi süresince eşiyile cinsel ilişki sayısı ve sıklığında bir azalma olduğu,
- %5,3'ünün tedavi süresince eşinin destek olmadığı,
- aylık gelirleri ile infertilite tedavisi gördüğünü insanlardan saklama ve tedavinin başarısız olacağı korkusunu yaşama durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı,
- çocuk sahibi olamamasının kimden kaynaklandığı ile insanların çocuk sahibi olmakla ilgili soru sormalarından rahatsız olma ve merkeze geldiği günlerde kendisini gergin ve huzursuz hissetme durumu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

## 6.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Alanında uzman hemşireler ve diğer sağlık disiplinleriyle IVF tedavisi uygulanan kadınlara ve eşlerine yönelik destek gruplarının oluşturulması. Grup toplantılarında stres yönetimi, ağrı kontrolü, infertiliteye ilişkin düşünce, duygu ve deneyimler gibi konuların ele alınması,
- İnfertilite ünitelerinde çalışan doktor, hemşire, memur ve görevlilere infertil çiftlerin yaşadıkları psikososyal sorunlar, empati, tedavi edici iletişim becerileri konusunda eğitim verilmesi ve bu eğitimin hizmet içi eğitim yoluyla sürekliliğinin sağlanması, gerektiğinde revize edilmesi,
- İnfertil çiftlere IVF tedavisine başlamadan önce infertilitenin biyo-psiko-sosyal boyutu, tedavinin aşamaları, resmi işlemler ve maddi destek kaynakları konusunda eğitimler düzenlenmesi. Bu eğitimlerin infertilite merkezi'ndeki sağlık ekip tarafından rutin bir şekilde düzenlenmesi ve bu ekipte hemşirenin etkin rol alması.
- İnfertilite merkezleri'nde tedavi ekibiyle çiftler arasında dilek, şikayet, görüş ve önerilerini dile getirilebileceği toplantı saatlerinin planlanması,
- Toplumdaki her bireyin infertilite hakkında bilinç ve duyarlılığının arttırılmasına yönelik eğitimlerin yapılması.



## 7. KAYNAKLAR

1. **Özçelik B, Karamustafalıoğlu O, Özçelik A.** İnfertilitenin Psikolojik ve Psikiyatrik Yönü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2007**; (8) 140-148.
2. **Çiçek N.** *Temel Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite*. Palme. Yayın, Dağıtım Pazarlama İç ve Dış Ticaret Ltd. Şti. 1. Baskı, **2008**.
3. **Maya NM, Seth RF, Ties B, Sheryl V, Gretchen A.** Stevens National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. December **2012**; 18.  
Erişim: Plos Medicine | www.plosmedicine.org
4. **Kırca N, Türkan P.** İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry*, **2013**; 5(2):162-178.
5. **Beji KN, Yavan T, Dikencik K, Akın N, Dinç A.** İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı, (Ed: N. Kızılkaya Beji), *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, No.4, Emek Matbaacılık, İstanbul, **2001**; 4. 27.
6. **Lenzi A, Lombardo F, Salacone P, Gandini L, Jannini EA.** Stres, Sexual Dysfunctions And Male Infertility. *J Endocrinol Invest* **2003**; 26 (3): 72-76.
7. **Deka K, Sarma S.** Psychological aspects of infertility Prasanta British. *Journal of Medical Practitioners*, **2010**; (3) : 3
8. **Işıkhan V.** Çalışma Hayatında Stres Olgusu ve Başa Çıkma Yolları. *İşveren Dergisi*, **2001**; 32 (9): 27-30.
9. **Su TJ, Tzeng YL, Kuo PC.** The Anxiety of Taiwanese Women With or Without Continuity Treatment After Previous in Vitro Fertilisation Failure. *Journal of clinical nursing*. Aug; **2011**; 20 (15-16): 2217-2223.
10. **Beji KN, Kaya D.** İnfertilitede Birey-Çift ve Grup Danışmanlığı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2012**; (3): 10-14.
11. Stress and Infertility  
Erişim:[http://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM\\_Content/Resources/Patient\\_Resources/Fact\\_Sheets\\_and\\_Info\\_Booklets/Stress-Fact.pdf](http://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets/Stress-Fact.pdf) 14/ Temmuz/2014
12. **Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü.** İnfertil Çiftlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2008**; (11) 4.

13. **Dilek N, Kızılkaya Beji N.** Yardımcı üreme teknikleri ile tedavi olan çiftlerin emosyonel tepkilerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2012**; 9 (1): 24-29.
14. **Karaca A, Ünsal G.** İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Journal of Psychiatric Nursing* **2012**; 3(2): 80-85.
15. **Beji KN.** *İnfertilite Hemşireliği*. İstanbul Acar Basım Cilt san. **2009**.
16. **Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F.** Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Current Approaches in Psychiatry*, **2011**; (1): 67-99.
17. İnfertility an Overview: a Guide for Patient. Patient Information Series.  
Erişim: [www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM\\_20/Ağustos/2014](http://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_20/Ağustos/2014)
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, **2005**.
19. National Institute of Child Health and Human Development İnfertility  
Erişim: [www.nlm.nih.gov/medlineplus/infertility.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/infertility.html) 26/Ocak/2014
20. Mayo Clinic Staff .Diseases and Conditions İnfertility  
Erişim: [www.mayoclinic.org/diseases-conditions/infertility](http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/infertility) 26/Ağustos/2014
21. **Bez Y, Biçer D, Yöney TH.** Stres, iş stresi ve sağlık ile etkileşimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2009**; 11(3): 126-132.
22. **Yurdakoş E.** Stres fizyolojisi. Editör Balcıoğlu İ. Medikal açıdan stres ve çareleri sempozyum Dizisi. Aralık **2005**.
23. **Braham B.J.** *Stres Yönetimi Ateş Altında Sakin Kalabilmek*. (Çev. Vedat G.D). Hayat Yayınları, İstanbul, **2008**.
24. American Society For Reproductive Medicine Stress and Infertility  
Erişim: [www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM\\_20/Ağustos/2014](http://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_20/Ağustos/2014)
25. American Society For Reproductive Medicine The Psychological Component of Infertility  
Erişim tarihi: [www.asrm.org/Psychological\\_FAQs/](http://www.asrm.org/Psychological_FAQs/) 26.1.2014
26. **Monga M, Alexandrescu B, Katz Se, Stein M, Ganiats T.** Impact of İnfertility on Quality of Life, Marital Adjusment And Sexual Function. *Urology*, **2004**; 63(1):126-130
27. **Çorapçıoğlu Özdemir A.** İnfertilitenin Ruhsal İzdüşümleri. *Türkiye Klinikleri*, **2006**; 2(47): 34-40

28. **Güz H, Özkan A, Sarısoy G, Yanık F, Yanık A.** Psychiatric Symptoms İn Turkish infertile Women. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology*, **2003**; (24) 267-271.
29. American Society For Reproductive Medicine Preparing for IVF: Emotional Considerations  
Erişim :www.sart.org 23/Haziran/2014
30. **Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F.** İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, **2008**; 5(2): 105-110
31. **Jedrzejczak P, Luczak-Wawrzyniak J, Szyfter J.** Feelings and Emotions İn Women Treated for Infertility. *Przegl Lek* **2004**;( 61): 1334-1337.
32. **Ünal S, Kargın M, Akyüz A.** İnfertil Kadınları Psikolojik Olarak Etkileyen Faktörler. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni Presentive Medicine Bülletin*, **2010**; 9(5) 481-486.
33. **Upkong D, Orji E.** Nijeryadaki infertil kadınlarda ruh sağlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2006**; 17(4): 259-265
34. **Bayer SR, Alper MM.** *Boston IVF İnfertilite El Kitabı.* (2.Baskı) (Çev. Işık Ahmet Zeki, Vicdan Kubilay) Nobel Tıp Kitapevi. İstanbul **2008**.
35. **Lyons AS, Petrucelli JR.** *Çağlar Boyu Tıp.* (Çev. Nilgün Güdücü) Omaş Yay. İstanbul **1997**.
36. **Kılıç M, Ejder Apay SE, Kızılkaya Beji N.** İnfertilite ve kültür. *İ.U.F.N. Hem. Dergi.* **2011**;19 (2) 109-115.
37. **Topdemir Koçyiğit O.** İnfertilite ve sosyo-kültürel etkileri. *İnsan Bil Dergi*, **2012**;1(1): 27-37.
38. **Aslantekin F, Aslan G.** *Cinsel Yola Bulaşan Hastalıklarda Sağlık Eğitiminin Önemi ve Ebenin Eğitimci Rolü. I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu El Kitabı* Ankara, **2004**; 83-87.
39. **Weinger S.** Infertile Cameroonian Women: Social Marginalization and Coping Strategies. *Qualitative Social Work*, **2009**;(8): 45-64.
40. **Fido A, Zahid MA.** Coping with infertility among kuwaiti women. Cultural Perspectives. *Int J Soc Psychiatry*, **2004**; (50): 294-300.
41. **Dyer SJ, Abrahams N, Mokoena NE.** Psychological Distress Among Women Suffering From Couple Infertility in South Africa: a Quantitative Assessment. *Hum Reprod*, **2005**; (20): 1938-1943.
42. **Aydın S, Kızılkaya Beji N.** İnfertil çiftlerde cinsel fonksiyon ve infertilite danışmanın rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2013**;10 (2): 8-13.

43. **Aşçı Ö. Kızılkaya Beji, N.** İnfertilite danışmanlığı, *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*. **2012**; (20): 2: 154-159
44. **Kanbay Y.** *Kars ve Artvin İlinde Hemşirelerin Kullandıkları Stresle Baş Etme Yöntemleri ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, **2007**
45. **İlerisoy M,** *Aile Sistemleri Kuramı Çerçevesinde İnfertilite Tedavisi Gören Ailelerde Aile Yaşam Döngüsünün Nitel Yöntemlerle Araştırılması*, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2012**.
46. **Kırca N.** *İnfertilite Tedavisinde Başarılı Olmuş Kadınların Tedavi Sürecinde Yaşadıkları Psikososyal Sorunların Değerlendirilmesi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum **2011**
47. **Hasanpour S, Bani S, Mirghafourvand M, Fatemeh K.** Mental health and its personal and social predictors in infertile women, *Journal of Caring Sciences*, **2014**; 3 (1): 37-45.
48. **Carla J, Groh WC.** The art of communicating ART results: An Analysis of Infertile Couples' Experience. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, **2005**; 23 (4): 333-346.
49. **Arthur L, Greil K, Blevins S, McQuillan J.** The experience of infertility: A Review of Recent Literature. *Sociology of Health & Illness*, **2010**; 32 (1): 140-162.
50. Genel Sağlık Sigortası. Yardımcı Üreme Yöntemi Tedavileri (Tüp Bebek), Erişim: [www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/15/Mayıs/2014](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/15/Mayıs/2014)
51. **Leite RC, Makuch MY, Petta CA, Morais SS.** Women's satisfaction with physicians' communication skills during an infertility consultation. *Patient Education And Counseling Journal*, **2005**; 59 (1), 38-45
52. Sağlık Bakanlığında: Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Sayı: 27910, 19 Nisan **2011** SALI resmi gazete
53. **Hammarberg K, Astbury J, Baker H.** Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction* 16, (2). 374-383, 2001

## EKLER

### **EK-1 İn-Vitro Fertilizasyon Tedavisi Gören Kadınlarda Strese Yol Açan Etmenler'e İlişkin Anket Formu**

#### İN-VİTRO FERTİLİZASYON TEDAVİSİ GÖREN KADINLARDA STRESE YOL AÇAN ETMENLER'E İLİŞKİN ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket formu “İn-Vitro Fertilizasyon Tedavisi Gören Kadınlarda Strese Yol Açan Etmenler” adlı araştırma kapsamında İnfertil Kadınların Yaşadıkları Sorun/Sıkıntılar hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Sonuçlar, in-vitro fertilizasyon tedavisi gören kadınlarda strese yol açan etmenlerin belirlenmesi ve probleme yönelik hemşirelik girişimlerini belirlemede hemşirelere yardımcı olacaktır.

Anket formunda 43 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 40 dakikadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

YL. Öğr. Hemşire Zeynep SÖKMEN  
Yrd.Doç.Dr Serpil TÜRKLEŞ

#### **Anket Soruları**

**1. Yaşınız:** (Lütfen yazınız) .....

#### **2. Eğitim durumunuz:**

- Okur-yazar değil
- Okur- yazar
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite

#### **3. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?**

- Çalışıyorum
- Çalışmıyorum

#### **4. Sosyal güvenceniz var mı?**

- Var

Yok

**5. Aylık gelir durumunuz aşağıdakilerden hangisi gibidir?**

- Gelir giderden az  
 Gelir gidere denk  
 Gelir giderden fazla

**6. Nerede yaşıyorsunuz?**

- İstanbul merkezde  
 İstanbul'un ilçesinde/köyünde  
 Başka bir ilde (hangi il olduğunu lütfen yazınız).....

**7. En uzun süre yaşadığınız yer:**

- Büyük şehir  
 İl  
 İlçe  
 Köy

**8. Aile tipiniz:**

- Çekirdek aile  
 Geniş aile

**9. Kaç yıldır evlisiniz? (Lütfen yazınız).....**

**10. Ne kadar süre korunmadığınız halde çocuk sahibi olamamıştınız?**

(Lütfen yazınız).....

**11. Çocuk sahibi olamamanıza neden olan sorun kime aitti?**

- Bana  
 Eşime  
 Her ikimize  
 Nedeni belli değildi

**12. İnfertilite (kısırlık) tanısı konulmadan önce doğum kontrol yöntemi kullanmış mıydınız?**

- Evet  
 Hayır

**13. Yanıtınız “Evet” ise hangi yöntemi kullanmıştınız? (lütfen yazınız) .....**

**14. Yanıtınız “Evet” ise bu yöntemi ne kadar süre uygulamıştınız? (lütfen yazınız)**

.....

**15. Daha önce tüp bebek (IVF) tedavisi aldınız mı?**

- Evet (kaç kez aldınız lütfen yazınız) .....

Hayır

**16. Yanıtınız “Evet” ise gebelik gerçekleşti mi?**

- Evet (gebeliğiniz nasıl sonlandı lütfen yazınız).....  
 Hayır

**17. Tüp bebek (IVF) tedavisinin hangi aşamasındasınız?**

- Yumurtalıkların ilaçlarla uyarılması (stimülasyon ve takip)  
 Yumurtaların toplanması  
 Yumurtaların laboratuvar ortamında döllenesi ve oluşan embriyoların geliştirilmesi  
 Oluşan embriyoların anne adayına geri yerleştirilmesi (embriyo transferi)  
 Diğer (lütfen yazınız) .....

## SIKINTI/SORUN BELİRLEME FORMU

Bu form tüp bebek (IVF) tedavisi gören kadınların yaşadıkları sıkıntı ve sorunları belirlemeyi amaçlamaktadır. Aşağıdaki ifadeleri okuyarak sizin için uygun olanı (X) ile işaretleyiniz.

1. Çevrenizdeki insanlar çocuk sahibi olmakla ilgili konularda konuşmaya başladığında rahatsız oluyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			
Yanıtınız “evet” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Çoğunlukla	<input type="checkbox"/> Her zaman
2. Çevrenizdeki insanların çocuk sahibi olmakla ilgili sru sormaları canınızı sıkıyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			
Yanıtınız “evet” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Çoğunlukla	<input type="checkbox"/> Her zaman
3. İnfertilite (kısırlık) tedavisi gördüğünüzü insanlardan saklıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet (neden saklama gereği duyduğunuzu açıklayabilir misiniz lütfen yazınız)..... <input type="checkbox"/> Hayır			
Yanıtınız “evet” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Çoğunlukla	<input type="checkbox"/> Her zaman
4. Çevrenizdeki insanların tedaviyle ilgili soru sormaları canınızı sıkıyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			
Yanıtınız “evet” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Çoğunlukla	<input type="checkbox"/> Her zaman
5. Tedavi süresince akrabalarınız size destek oluyorlar mı? <input type="checkbox"/> Evet (kimler yardımcı oluyor? lütfen yazınız) ..... <input type="checkbox"/> Hayır			
Yanıtınız “hayır” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Çoğunlukla	<input type="checkbox"/> Her zaman
6. Tedavi süresince arkadaşlarınız size destek oluyorlar mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			



Yanıtınız “hayır” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Çoğunlukla	<input type="checkbox"/> Her zaman
<p>7. Tedavinin başarısız olacağı korkusunu yaşıyor musunuz?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p>			
Yanıtınız “evet” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Çoğunlukla	<input type="checkbox"/> Her zaman
<p>8. Tedavi ile ilgili olumsuz bir gelişme oldu mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet (nasıl bir olumsuzluk yaşandı? Lütfen yazınız) .....</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p>			
Yanıtınız “evet” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Çoğunlukla	<input type="checkbox"/> Her zaman
<p>9. Merkeze geldiğiniz günlerde kendinizi gergin ve huzursuz hissediyor musunuz?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p>			
Yanıtınız “evet” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Çoğunlukla	<input type="checkbox"/> Her zaman
<p>10. Tedavi ile ilgili resmi işlemlerle uğraşmak canınızı sıkıyor mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p>			
Yanıtınız “evet” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Çoğunlukla	<input type="checkbox"/> Her zaman
<p>11. Merkezle ev arasında gidiş-gelişler sizi yoruyor mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p>			
Yanıtınız “evet” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Çoğunlukla	<input type="checkbox"/> Her zaman
<p>12. Merkeze ait fiziki şartlardan memnun musunuz?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır (nelerden memnun değilsiniz? lütfen yazınız) .....</p>			
Yanıtınız “hayır” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="checkbox"/> Ara sıra	<input type="checkbox"/> Çoğunlukla	<input type="checkbox"/> Her zaman
<p>13. Tedavi giderlerini karşılama konusunda sıkıntı yaşıyor musunuz?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p>			

Yanıtınız “evet” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="radio"/> Ara sıra	<input type="radio"/> Çoğunlukla	<input type="radio"/> Her zaman
14. Tedavi süreciyle ilgili yeterince bilgilendiriliyor musunuz? <input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır			
Yanıtınız “hayır” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="radio"/> Ara sıra	<input type="radio"/> Çoğunlukla	<input type="radio"/> Her zaman
15. Doktorun genel olarak size yaklaşımından memnun musunuz? <input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır (nelerden memnun değilsiniz? Önerileriniz var mı? lütfen yazınız) .....			
Yanıtınız “hayır” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="radio"/> Ara sıra	<input type="radio"/> Çoğunlukla	<input type="radio"/> Her zaman
16. Hemşirelerin genel olarak size yaklaşımından memnun musunuz? <input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır(nelerden memnun değilsiniz? Önerileriniz var mı? lütfen yazınız ).....			
Yanıtınız “hayır” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="radio"/> Ara sıra	<input type="radio"/> Çoğunlukla	<input type="radio"/> Her zaman
17. Memur ve görevlilerin genel olarak size yaklaşımından memnun musunuz? <input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır (nelerden memnun değilsiniz? Önerileriniz var mı? lütfen yazınız) .....			
Yanıtınız “hayır” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="radio"/> Ara sıra	<input type="radio"/> Çoğunlukla	<input type="radio"/> Her zaman
18. Tanı ve tedavi amacıyla uygulanan işlemler sırasında canınız acıyor mu? <input type="radio"/> Evet (en çok hangi işlem sırasında canınız yanıyor? lütfen yazınız) .....			
Yanıtınız “evet” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="radio"/> Ara sıra	<input type="radio"/> Çoğunlukla	<input type="radio"/> Her zaman
19. Tedavinin eşinize değil de size uygulanıyor olmasından rahatsız oluyor musunuz? <input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır			
Yanıtınız “evet” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="radio"/> Ara sıra	<input type="radio"/> Çoğunlukla	<input type="radio"/> Her zaman
20. Eşinizin sizi suçladığını düşünüyor musunuz? <input type="radio"/> Evet (hangi konularda suçlamakta? lütfen yazınız) .....			
Yanıtınız “evet” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="radio"/> Ara sıra	<input type="radio"/> Çoğunlukla	<input type="radio"/> Her zaman

21. Tedavi süresince eşinizle cinsel ilişki sayısı ve sıklığınızda azalma oldu mu?			
<input type="radio"/> Evet			
<input type="radio"/> Hayır			
Yanıtınız “evet” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="radio"/> Ara sıra	<input type="radio"/> Çoğunlukla	<input type="radio"/> Her zaman
22. Tedavi süresince eşinizin size destek olduğuna inanıyor musunuz?			
<input type="radio"/> Evet			
<input type="radio"/> Hayır			
Yanıtınız “hayır” ise sizi ne kadar etkiliyor?	<input type="radio"/> Ara sıra	<input type="radio"/> Çoğunlukla	<input type="radio"/> Her zaman

## EK-2 Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu

### EK-2 Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
09/02/2012	04	2012/82

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "In-Vitro Fertilizasyon Tedavisi Gören Kadınlarda Strese Yol Açan Etmenler" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 06/02/2011 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yapılacağı merkezlerden alınacak olan izin belgelerinin başvuru formuna eklenmesi, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliğiyle karar verilmiştir.

İmza  
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN  
Başkan

İmza  
ç. Dr. Olgü HALLIOĞLU KILINÇ  
Başkan Yrd.

İmza  
Yrd. Doç. Dr. Gülçin YAPICI  
Raportör

(Katılmadı)  
Prof. Dr. Lütfü TAMER GÜMÜŞ  
Üye

İmza  
Doç. Dr. İrfan AYAN  
Üye

(Katılmadı)  
Doç. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI  
Üye

Doç. Dr. Mehmet Sami SERİN  
Üye

İmza  
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN  
Üye

İmza  
Doç. Dr. Sabire YURTSEVER  
Üye

İmza  
Yrd. Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE  
Üye

İmza  
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER  
Üye

İmza  
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK  
Üye

(Katılmadı)  
Uzm. Dr. Oğuz KARDAS  
Üye

(Katılmadı)  
Hürem Betül LEVENT  
Üye

İmza  
Lale DAĞLI  
Üye

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN  
Başkan  
ASLI GİBİDİR

## EK-3 İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : B.30.2.İST.0.72.00.00/ 3758  
Konu :

10.04.2012\* 23773

MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
33342 Yenişehir/MERSİN

İlgi: 14.02.2012 tarihli B.20.2.MEÜ.0.70.03.00-605.01.215/2218 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Zeynep SÖKMEN'in "İn-Vitro-Fertilizasyon Tedavisi Gören Kadınlarda Strese Yol Açan Etmenler" konulu tez çalışmasının anket ve sıkıntı/sorun belirleme formunu 15.02.2012-15.03.2012 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında Üremeye Yardımcı Merkezinde İn-Vitro Fertilizasyon tedavisi görmekte olan 25-40 yaşları arasında ve daha önce çocuk sahibi olamayan kadınlara uygulayabilmesinin uygun görüldüğü hakkında adıgeçen Fakülte Dekanlığından alınan 30.03.2012 tarihli 4944-10068 sayılı yazı ve ilişığının fotokopisi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Ayşe AYÇİÇEĞİ DİNN  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

EK: Yazı örneği ve ilişığı (2 sayfa)

MEÜ. REKTÖRLÜĞÜ  
YAZI İŞLERİ ŞUBESİ  
MÜDÜRLÜĞÜ  
18 Nisan 2012  
Kayıt No: 685  
Dosya No:

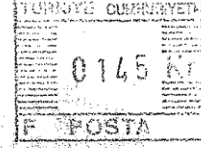
MEÜ. REKTÖRLÜĞÜ  
GELEN EVRAK  
18 Nisan 2012  
Kayıt No: 7208  
Birimi: Yönetim

İ.Ü. Rektörlüğü Merkez Bina 34119 Beyazıt/İSTANBUL Telefon: 0 (212) 440 00 46 Faks: 0 (212) 440 00 48  
e-posta: oidb@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ: www.istanbul.edu.tr

## EK-4 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurulu



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
Öğrenci İşleri Daire B



Sayı : B.30.2.İST.0.72.00.00/4344  
Konu :

24.04.2012\* 27070

MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
Yenişehir-MERSİN

- İlgi: a) 14.02.2012 tarihli B.30.MEÜ.0.70.03.00-605.01-215/2218 sayılı yazınız.  
b) 10.04.2012 tarihli B.30.2.İST.0.72.00.00/3758-23773 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Zeynep SÖKMEN'in "In-Vitro-Fertilizasyon Tedavisi Gören Kadınlarda Strese Yol Açan Etmenler" konulu tez çalışmasının anket ve sıkıntı/sorun belirleme formunu Üniversitemiz Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına bağlı Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Bilim Dalında İn-Vitro Fertilizasyon tedavisi görmekte olan 25-40 yaşları arasında ve daha önce çocuk sahibi olmayan kadınlara uygulayabilmesinin etik kurul onayı ve hasta rızası alınması kaydıyla uygun görüldüğü hakkında adigeçen Fakülte Dekanlığından alınan 13.04.2012 tarihli 10942 sayılı yazı ve ilişkilerinin fotokopisi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Ayşe AYÇİÇEĞİ DİNN  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

EK: Yazı örneği ve ilişkileri (5 sayfa)

MEÜ. REKTÖRLÜĞÜ YAZI İŞLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
04 NİS 2012
Kayıt No.: 754
Dosya No.:

MEÜ. REKTÖRLÜĞÜ GELEN EVRAK
03 NİS 2012
Kayıt No.: 8541
Birimi: Yabancılar

İ.Ü. Rektörlüğü Merkez Bina 34119 Beyazıt/İSTANBUL Telefon: 0 (212) 440 00 46 Faks: 0 (212) 440 00 48  
e-posta: oidb@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ: www.istanbul.edu.tr

## EK-5 İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



07.05.2012 - 119494

Sayı : B.10.4.ISM.4.34.47.63/ 605.99 / 119494 -  
Konu : Araştırma İzni (Zeynep SÖKMEN)

07.05.2012

MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
Hemşirelik Anabilim Dalı

Mersin Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Zeynep SÖKMEN'in "In Vitro Fertilizasyon Tedavi Gören Kadınlarda Strese Yol Açan Etmenler" konulu araştırmasını kurumunuzda uygulaması müdürlüğümüzce uygun görülmüş ve protokol örneği ekte gönderilmiştir.

Araştırmanın kurumunuzda uygulanması sırasında protokol dışına çıkılmaması için gerekli önemin gösterilmesini rica ederim.

Uz.Dr. Fetih Rüştü YILDIZ  
Müdür a.  
İl Sağlık Müdür Yardımcısı

Ekler :  
Protokol örneği

Dağıtım Gereğine  
Süleymaniye E.A.H.  
Marmara Üni. Pendik E.A.H.

Dağıtım Bilgisine  
Mersin Üni. Hemşirelik A.B.D.

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI BÖK.  
KAYIT TARİHİ : 07.05.2012  
KAYIT NO : 61

## PROTOKOL

### Taraflar:

#### Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü ile Mersin Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Zeynep SÖKMEN arasında yapılmıştır.....  
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Süleymaniye E.A.H. - Marmara Üni. Pendik E.A.H.  
Çalışmanın adı: "In Vitro Fertilizasyon Gören Kadınlarda Strese Yol Açan Etmenler".....  
Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Zeynep SÖKMEN.....

#### Konusu:

#### Madde 2-

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma projesi kapsamında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

#### Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

#### Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda .....3 Ay.....süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç: 09.05.2012 / Bitiş: 09.08.2012
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

#### İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

#### Yürürlük:

- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayımlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.
- Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez ....vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.
- Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.
- Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların(Hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

#### Ek Bilgi:

#### Taraflar:

...../...../2012

Adı-Soyadı  
Zeynep SÖKMEN



OLUR

...../...../2012

Yali a.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU  
Sağlık Müdürü



...../...../2012

Uzm.Dr.Fetin Rüştü YILDIZ  
Sağlık Müdür Yardımcısı





## EK-6 GATA Etik Kurulu

**T.C.**  
**GENELKURMAY BAŞKANLIĞI**  
**GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI**  
**ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU**

OTURUM NO : 12  
OTURUM TARİHİ : 02 Ocak 2013  
OTURUM BAŞKANI : Prof.Diő Tbp.Alb.Y.Meriç TUNCA  
OTURUM SEKRETERİ : Doç.Tbp.Alb.Muharrem UÇAR

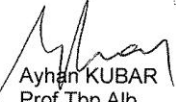
GATA Etik Kurulu'nun 02 Ocak 2013 günü yapılan 12'nci oturumunda, Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulunda görevli Yrd.Doç.Dr. Serpil TÜRKLEŐ'in sorumlu araőtırmacılıđını yaptığı "in-Vitro fertilizasyon tedavisi gören kadınlarda strese yol ačan etmenler" baőlıklı araőtırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

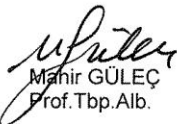
**BAŞKAN**

  
Y. Meriç TUNCA  
Prof. Diő Tbp. Alb.

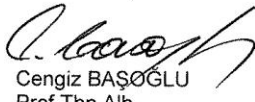
**ÜYE**

  
Ayhan KUBAR  
Prof. Tbp. Alb.

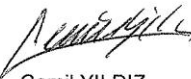
**ÜYE**

  
Mahir GÜLEÇ  
Prof. Tbp. Alb.

**ÜYE**

  
Cengiz BAŐOĐLU  
Prof. Tbp. Alb.

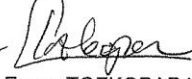
**ÜYE**

  
Cemil YILDIZ  
Prof. Tbp. Alb.

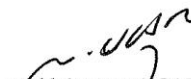
**ÜYE**

  
Serpil GÖRGÜLÜ  
Prof. Tbp. Alb.


**ÜYE**

  
Ergun TOZKOPARAN  
Doç. Tbp. Alb.

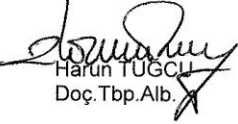
**ÜYE**

  
Muharrem UÇAR  
Doç. Tbp. Alb.


**ÜYE**

  
(Kaçılmadı)  
Aygöl AKYÜZ  
Doç. Dr. Sağ. Alb.

**ÜYE**

  
Harun TUĞCU  
Doç. Tbp. Alb.

**ÜYE**

  
Cengiz Han AÇIKEL  
Doç. Tbp. Alb.

## EK-7 Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi



I.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel  
Sekreterliği Zeynep- Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları  
Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 11391090-KAEK-27  
Konu : Etik Kurul

20 06 2014

Yard Doç Dr. Serpil TÜRKLEŞ, Hemşire Zeynep SÖKMEN

28/09/2012 tarih ve Etik kurul No: 28 ““In-Vitro Fertilizasyon tedavisi gören kadınlarda strese yol açan etmenler” konulu çalışmanız Etik Kurulumuzda değerlendirilmiş olup Araştırma yapılacak Kliniğin Şefi Op Dr. Kenan SOFUOĞLU'nun çalışmanın klinikte yapılmasını uygun görmemesinden dolayı etik kurulumuzca onaylanmamıştır  
Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Murat MUHCU  
Etik Kurul Başkanı

## EK-7 Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi



T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : B.30.2.MAR.0.72.00.00-120087802  
Konu : Zeynep SÖKMEN Hk.


04 Mayıs 2012  
İstanbul, .../.../2012

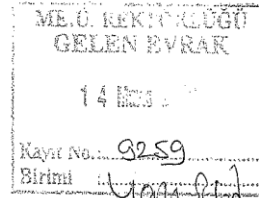
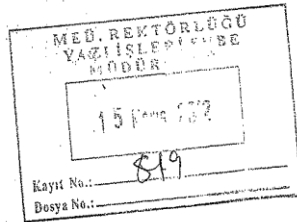
### MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 14.02.2012 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.03.00-605.01-217/2221 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Zeynep SÖKMEN'in "In-Vitro-Fertilizasyon Tedavisi Gören Kadınlarda -Strese Yol Açan Etmenler" konulu tez çalışması ile ilgili anketini 15 Şubat 2012 - 15 Şubat 2013 tarihleri arasında Üniversitemiz Sağlık Bakanlığı-Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

  
Prof. Dr. Hamza KANDÜR  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı



Marmara Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı  
Göztepe Kampüsü 34722  
Kadıköy / İSTANBUL

(0 216) 349 56 45 (Faks)  
(0 216) 414 05 45 (Santral)

ogrenciisleri@marmara.edu.tr  
http://www.marmara.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için: A.YAY Bil. İht.

Evrak Tarih ve Sayısı: 01/10/2014-28787



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



ACELE

Sayı : 36542727-232-  
Konu: ÜYTE Merkez Açılışı

**SAYIN: ZEYNEP SÖKME**  
(Cevizli Mah. Aşkale Sok. No:12/7 Kartal/ İstanbul)

Genel Sekreterliğimize hitaben yazmış olduğunuz 28/08/2014 tarihli dilekçeniz incelenmiş olup, kurumumuza bağlı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde faaliyet gösteren ÜYTE merkezi 07/03/2014 tarihinden itibaren hizmet vermeye başlamıştır. Bilgilerinize rica ederim.

Uz.Dr. Yakup ÇAĞ  
Genel Sekreter a.  
Tıbbi Hizmetler Başkanı

İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği  
Genel Sekreterliği  
Tıbbi Hizmetler Başkanı  
Sevda TOKAY  
Uzman  
Güvenli Elektronik İmza ile Ayrıldı  
01.10.2014

Eğitim ve Araştırma Birimi  
Başbüyük Mah. Atatürk Cad.No:1 Maltepe/İSTANBUL  
Telefon:0216 421 26 26 Faks:0216 421 09 14  
e-Posta: gulsenuzel@gmail.com  
Elektronik imza adresi: [http://www.marmaraseah.gov.tr:8028/en/Visim/Validate\\_doc.aspx?V=BEA93LDTY](http://www.marmaraseah.gov.tr:8028/en/Visim/Validate_doc.aspx?V=BEA93LDTY)

Ayrıntılı bilgi için iritibat: Gülşen ÜZEL

Pim: 33132

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

## **ÖZGEÇMİŞ**

Araştırmacı 1987 yılında Balıkesir’ de doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Balıkesir’ de tamamlamıştır. 2010 yılında Bařkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümünden (Burslu Program) mezun olan araştırmacı, yine aynı yıl içerisinde Mersin Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı’ nda yüksek lisans eğitimine başlamıştır.